

# DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTROL DE INFECCIONES Y USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

## Uso Racional de Antimicrobianos Descripción del procedimiento



## **AUTORIDADES MINISTERIALES**

**MINISTRO DE SALUD  
DR. DIEGO CARDOZO**

**SECRETARIO DE SALUD  
DR. PABLO CARVAJAL**

## **AUTORES**

**DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTROL DE INFECCIONES Y  
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS**

**DR. GUSTAVO MARTINEZ**

**DRA. PATRICIA FERNANDEZ**

**LIC. MÓNICA LUCERO**

**LIC. GERARDO BELTRAMINO**

**DR. HECTOR MAISULS**

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	Uso Racional de Antimicrobianos	1

## I. NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO

### 1. OBJETO

Establecer un método para llevar a cabo la Gestión del Uso Racional de Antimicrobianos (ATM) en los centros de salud provinciales de la Provincia de Córdoba a fin de Mejorar la Calidad de Atención y la Seguridad de los Pacientes.

### 2. CONTENIDO DEL DOCUMENTO

En este documento se detalla lo siguiente:

#### I. Naturaleza del Procedimiento

1. **Objeto**
2. **Contenido**
3. **Alcance:** incluye todas las áreas de aplicación y actividades necesarias para garantizar que el proceso sea completado con éxito de inicio a fin.
4. **Áreas de aplicación:** se detallan los pasos a seguir por las áreas involucradas: **Farmacia** (hospitalaria/Central) y **División Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS)** como son: recepción, evaluación y autorización de las diferentes prescripciones de ATM.

#### II. Consideraciones generales: donde se detallan:

- a. Las responsabilidades y normativas de cada sector involucrado.
- b. Los indicadores definidos para evaluar la calidad del proceso
- c. Valores y principios involucrados a modo de mejorar la calidad de atención.

#### III. Descripción del Procedimiento: se definen las **4 Clases de Procedimientos** según la clase de antimicrobiano prescripto y su contexto. Además, se describen las tareas asociadas indispensables para cada procedimiento, los factores críticos de éxito y los materiales y equipos necesarios.

**Procedimiento A:** Aplicado para los antimicrobianos de uso **semi-restringido** del **grupo I**, a saber: Piperacilina/Tazobactam, Cefalosporina de 3° y 4° generación, Vancomicina, Claritromicina iv, Fluconazol iv, Aciclovir iv, Ganciclovir, Foscarnet,

**Procedimiento B:** Referido a **ATM de uso restringido del grupo II CON Microbiología confirmada**, a saber: Imipenem, Meropenem, Ertapenem y Tigeciclina.

**Procedimiento C:** Para **ATM restringido** para tratamiento empírico SIN Microbiología confirmada (ATM referidos en procedimiento B) **del grupo II**

**Procedimiento D:** Para **ATM restringido del grupo III**, a saber:

- **Antibióticos:** Ceftazidima/Avibactam, Espiramicina, Ceftarolina, Ceftolozano/Tazobactam, Linezolid, Fosfomicina, Ceftobiprole, Daptomicina, Aztreonam.

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	2

- **Antifúngicos:** Anfotericina liposomal, Anfotericina complejo lipídico, Voriconazol, Posaconazol, Isavuconazol, Anidulafungina, Caspofungina, Micafungina,
- **Antivirales:** Valganciclovir.

- IV. Bibliografía
- V. Glosario
- VI. Diagramas de Flujo asociados a cada procedimiento
- VII. Formularios asociados.

### 3. ALCANCE

El presente procedimiento se aplicará:

**3.1. Áreas de Infectología** (departamento, servicios, secciones, según corresponda) de los distintos centros asistenciales desde la emisión de solicitud de antimicrobianos de uso restringido y semirestringido hasta la recepción de los mismos. En caso de no existir un Área de Infectología, el Área Clínica tomará su lugar.

En caso de solicitar, un Médico Clínico o de otra especialidad, un ATM considerado de uso semirestringido **Grupo I** deberá enviar este pedido a Farmacia de su hospital para ser evaluado por el/los Infectólogo/s de la institución. Los ATM considerados semi-restringidos son:

- Piperacilina/Tazobactam
- Cefalosporina de 3° y 4° generación
- Vancomicina
- Claritromicina iv
- Fluconazol iv
- Aciclovir iv
- Ganciclovir
- Foscarnet

**3.2. Farmacia central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba** recepción de solicitudes de ATM de uso restringido con/sin Microbiología confirmada del **grupo II** y **grupo III** (ver ATM apartado **3.5**) puesta a consideración del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos – División IACS, para su autorización o no. En caso afirmativo procede a la dispensación.

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	3

3.3 La División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos – evaluará y autorizará o no, según corresponda la entrega de los siguientes ATM:

- Imipenem,
- Meropenem,
- Ertapenem
- Tigeciclina.

3.4. La División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos – evaluará y autorizará o no, según corresponda la entrega de los siguientes ATM:

- **Antibióticos:** Ceftazidima/Avibactam, Espiramicina, Ceftarolina, Ceftolozano/Tazobactam, Linezolid, Fosfomicina, Ceftobiprole, Daptomicina, Aztreonam.
- **Antifúngicos:** Anfotericina liposomal, Anfotericina complejo lipídico, Voriconazol, Posaconazol, Isavuconazol, Anidulafungina, Caspofungina, Micafungina,
- **Antivirales:** Valganciclovir.
- **Antiparasitarios:** Espiramicina,

**NOTA:** este listado quedará sujeto a ser modificado de acuerdo a la comercialización de nuevos ATM aprobados en el país.

#### 4. ÁREAS DE APLICACIÓN

Farmacia hospitalaria de cada institución, Dirección de Farmacia Central y División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos.

Recepción, evaluación y autorización de las solicitudes de ATM de los distintos grupos según corresponda, demandados por los distintos Servicios de Atención con los siguientes criterios:

- Priorizar la atención de patologías de alta complejidad que concurren por primera vez. Resolver “*in situ*” algunas patologías que signifique un riesgo sanitario.
- Detectar casos de solicitudes erróneas y que deberán ser resueltos por el Infectólogo o Clínico a cargo.

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	4

- Establecer un orden de prioridades ante situaciones extremas
- Resolver en forma inmediata ante situaciones de alto riesgo para el paciente.

## II. CONSIDERACIONES GENERALES

### a. NORMAS/RESPONSABILIDADES

Este procedimiento se aplica a:

- División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos.
  - Médicos Infectólogos o Clínicos de los distintos centros asistenciales de la provincia de Córdoba.
  - Farmacéuticos de la Farmacia Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y Farmacia hospitalaria de cada institución.
- Todos los profesionales involucrados deberán evaluar las necesidades en cada caso resolviendo eficientemente el uso racional de antimicrobianos evitando o mitigando los posibles Eventos Adversos.

### b. INDICADORES DE CALIDAD RELACIONADOS

- Índice de Formularios devueltos al hospital
- Índice de rechazo de auditoría
- Índice de consumo de ATM en DDD

### c. VALORES/PRINCIPIOS

**Fortalecer** la comunicación entre los distintos agentes involucrados

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	5

**Brindar** efectiva atención de calidad y eficiencia para la satisfacción y seguridad de los pacientes.

**Atender** la demanda de manera sistemática, ofreciendo asesoramiento continuo a fin de optimizar los recursos priorizando la calidad de atención.

### III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### a. GENERALIDADES

La División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos con la Dirección de Farmacia Central cuenta con un equipo de profesionales calificados para realizar la evaluación de las solicitudes de ATM de uso restringido de los médicos Infectólogos o Clínicos de los distintos centros asistenciales de la provincia de Córdoba. Además, mediante su accionar, no sólo optimizan la utilización de los recursos, sino que también realizan una vigilancia y control de los niveles de resistencia antimicrobiana, contribuyendo ampliamente a la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes.

#### b. PROCEDIMIENTOS

**Procedimiento A:** Referido a la solicitud de ATM **Grupo I** (ATM - apartado 3.1) de uso semi-restringido. Dicho procedimiento quedará sujeto al diseño de cada Institución, aclarando que no se podrá obviar la autorización de estos ATM por el/los Infectólogo/s del propio hospital.

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	6

**Procedimiento B:**

Dispensación de ATM de uso restringido del **Grupo II** para **tratamiento dirigido** (ATM apartado **3.3**) – Microbiología confirmada.

**Hospital:** médico genera receta por duplicado de ATM-B según medicación propuesta junto al DNI del Paciente y Datos de Microbiología (germen aislado y antibiograma) envía nota y copias a **Farmacia Central**

**Farmacia Central:** recibe documento, verifica Stock y la conformación del pedido médico.

**Información incorrecta** se devuelve la documentación al **hospital solicitante** y reevalúa la indicación a fin de:

- i) Generar un nuevo documento y volver al circuito anterior o,
- ii) Desestimar la utilización de ATM grupo II y archivar la documentación.

**Información correcta:** se envía documentación a **la División IACS.**

**División IACS del Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos:** Evalúa solicitud y decide autorizar o no la dispensación.

**Si no autoriza:** se devuelve la documentación al **hospital solicitante** el cual reevaluará la indicación a fin de:

- i) Generar un nuevo documento y volver al circuito anterior o,
- ii) Desestimar la utilización de ATM grupo II y archivar la documentación.

**Si autoriza:** se firma la autorización de la documentación en la **Farmacia Central.**

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	7

**Farmacia Central:** Recibe autorización firmada por División IACS y procede a confeccionar un remito por duplicado con firmas de responsable de la farmacia y del encargado de trasladar la medicación a la Farmacia hospitalaria. Y queda con una copia de remito y la otra es entregada a la **Farmacia hospitalaria** junto a la medicación solicitada.

**Procedimiento C:**

Dispensación de ATM de uso restringido del **Grupo II** para tratamiento empírico - Sin Microbiología confirmada

**Hospital:** médico genera receta por duplicado de ATM-II según medicación propuesta junto al DNI del Paciente sin datos de Microbiología (germen aislado y antibiograma) justificando la indicación. Envía nota y copias a **Farmacia Central**.

**Farmacia Central:** recibe documento, verifica Stock y la conformación del pedido médico.

**Información incorrecta** se devuelve la documentación al **hospital solicitante** y reevalúa la indicación a fin de:

- iii) Generar un nuevo documento y volver al circuito anterior o,
- iv) Desestimar la utilización de ATM **Grupo II** y archivar la documentación.

**Información correcta:** se envía documentación a **División IACS**.

**División IACS:** Evalúa solicitud y decide autorizar o no la dispensación.

**Si no autoriza:** se devuelve la documentación al **hospital solicitante** y reevalúa la indicación a fin de:

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	8

- iii) Generar un nuevo documento y volver al circuito anterior o,
- iv) Desestimar la utilización de ATM **Grupo II** y archivar la documentación.

**Si autoriza:** se firma la autorización de la dispensación en la **Farmacia Central** para un tratamiento de 48 o 72 hs. hasta confirmación de microbiología.

- **Si Microbiología NO confirma** se anula la continuidad de la indicación.
- **Si Microbiología confirma** para utilización de ATM **Grupo II**, se procede según **procedimiento B** completando el tratamiento. Pasa autorización a **Farmacia Central** para completar tratamiento.

**Farmacia Central:** Recibe autorización firmada por División IACS para completar tratamiento y procede a confeccionar un remito por duplicado con firmas de responsable de la farmacia y del encargado de trasladar la medicación a la **Farmacia hospitalaria**. Y queda con una copia de remito y la otra es entregada a la Farmacia hospitalaria junto a la medicación solicitada.

**Procedimiento D:**

Dispensación de ATM de uso restringido del **Grupo III** (ver apartado 3.4)

**Hospital:** médico genera receta de ATM del **Grupo III** según medicación propuesta, mediante formulario “Vía de Excepción” (ver apartado VIII. Formularios) por cuadruplicado, el cual debe estar firmado por: 1- Médico solicitante de cabecera, 2- Infectólogo, 3-

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	9

Representante de la Dirección hospitalaria, 4- Farmacéutico responsable. NOTA: en caso de que la institución no cuente con infectólogo bastará con las otras 3 firmas. Envía nota y copia a Farmacia Hospitalaria.

**Farmacia Hospitalaria** recibe notas y envía 3 copias a la Dirección de Farmacia Central, archivando el recibido.

**Dirección de Farmacia Central** recibe notas y analiza la información recibida mediante la evaluación del contenido de la documentación (totalidad de la información según documento de anexo).

**Información incorrecta**, se devuelve a la **Farmacia hospitalaria** para su eventual corrección.

**Información correcta** se archiva en forma transitoria una copia cargada y se envían 2 copias a la División IACS del Departamento.

**División IACS del Dpto. de Seguridad de Pacientes, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos:** evalúa la indicación.

**Si no corresponde** se devuelven las 2 copias firmadas rechazando el pedido a **Dir. de Farmacia Central**, de las cuales 1 la archiva definitivamente y la otra es enviada a la **Farmacia hospitalaria**, donde se decidirá si se confecciona una nueva receta con las correcciones sugeridas o si se desestima la indicación de ese ATM **Grupo III** para el tratamiento del paciente en cuestión y se archiva el documento en forma definitiva, administrando terapia alternativa.

**Si corresponde: División IACS** autoriza mediante firma de los 2 documentos, de los cuales 1 es archivado definitivamente y el otro es enviado a **Dir. Farmacia Central**.

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	10

**Dir. Farmacia Central:** Prepara medicación y archiva documento autorizado por Div. IACS en forma definitiva. Paso siguiente Farmacia central genera 1 remito por duplicado. Una copia de remito es entregada junto con la medicación a la **Farmacia hospitalaria**. La otra copia queda archivada en forma definitiva. Dicho documento especifica el número de envases dispensados y deben estar firmados por personal de la **Dir. de Farmacia Central** y el **responsable de la recepción/traslado de los insumos** (chofer) –esto certifica que la medicación fue entregada a la farmacia del hospital solicitante. Paralelamente la **Dir. de Farmacia Central**, genera un documento por duplicado semanalmente consignado las entregas en unidades de todas las moléculas de ATM **Grupo III**, una copia es archivada definitivamente y la otra es enviada a la **División IACS** a modo de alimentar su base de datos y poder a posteriori contar con la información necesaria para evaluar la calidad del proceso.

**Farmacia Hospitalaria:** Recibe medicación y remito y archiva el documento en forma definitiva.

**c. TAREAS ESPECÍFICAS**

La División IACS del Dpto. de Seguridad de Pacientes, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos tiene como funciones monitorear:

a) El uso racional de los siguientes antimicrobianos de uso restringido del

**Grupo II**

- IMIPENEM
- MEROPENEM
- ERTAPENEM
- TIGECICLINA

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	11

b) El uso de los siguientes ATM del **Grupo III**:

- **Antibióticos:** Ceftazidima/Avibactam, Ceftarolina, Ceftolozano/Tazobactam, Linezolid, Fosfomicina, Ceftobiprole, Daptomicina, Aztreonam.
- **Antifúngicos:** Anfotericina liposomal, Anfotericina complejo lipídico, Voriconazol, Posaconazol, Isavuconazol, Anidulafungina, Caspofungina, Micafungina,
- **Antivirales:** Valganciclovir.
- **Antiparasitarios:** Espiramicina.

d. **TAREAS ASOCIADAS**

- Concientizar sobre la importancia del uso racional de ATM.
- Capacitar sobre las consecuencias de la multiresistencia antimicrobiana.
- Estandarizar la comunicación documental a fin de evitar incidentes relacionados.
- Establecer un canal específico de comunicación entre las áreas involucradas.
- Elaborar/actualizar/etc. la base de datos.
- Monitorear los indicadores de calidad.

e. **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO**

- Insuficiente compromiso profesional.
- Fallas en el control de Stock.
- Condiciones externas que podrían afectar la continuidad de insumos.
- Mayor demanda en relación al Stock.

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	12

**f. MATERIALES Y EQUIPOS**

- **Recursos materiales:**
  - a) Espacio amplio y adaptado para reunión de la División IACS.
  - b) *Software and Hardware, Tablet/Smartphones con Wi-Fi.*
- **RR.HH.**
  - a) **Centros asistenciales:** Médico/s Infectólogo/s o Clínico/s en caso de no contar con especialista. Farmacéutico/s. Choferes, Administrativos de Farmacia. Representantes de la Dirección hospitalaria y Administrativos en general.
  - b) **Farmacia Central:** Farmacéuticos.
  - c) **División IACS del Dpto. de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos:** División IACS (Médico – Infectólogo, Referente Provincial de VIHDA), División Calidad Hospitalaria, División Comunicación y División Seguridad de Pacientes.

**IV. BIBLIOGRAFIA**

---

Programa Provincial de Vigilancia, Control y Prevención de IACS –  
Resolución 1091/2014 – Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Revisión Nº	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021



Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	13

## V. GLOSARIO

---

- ATM: antimicrobiano
- DDD: dosis diaria definida
- D.SP, C. IACS y PUR/ATM: Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021



Fecha	<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	Página Sección
20/06/2021	<b>Uso Racional de Antimicrobianos</b>	14

**VI. DIAGRAMAS DE FLUJO**

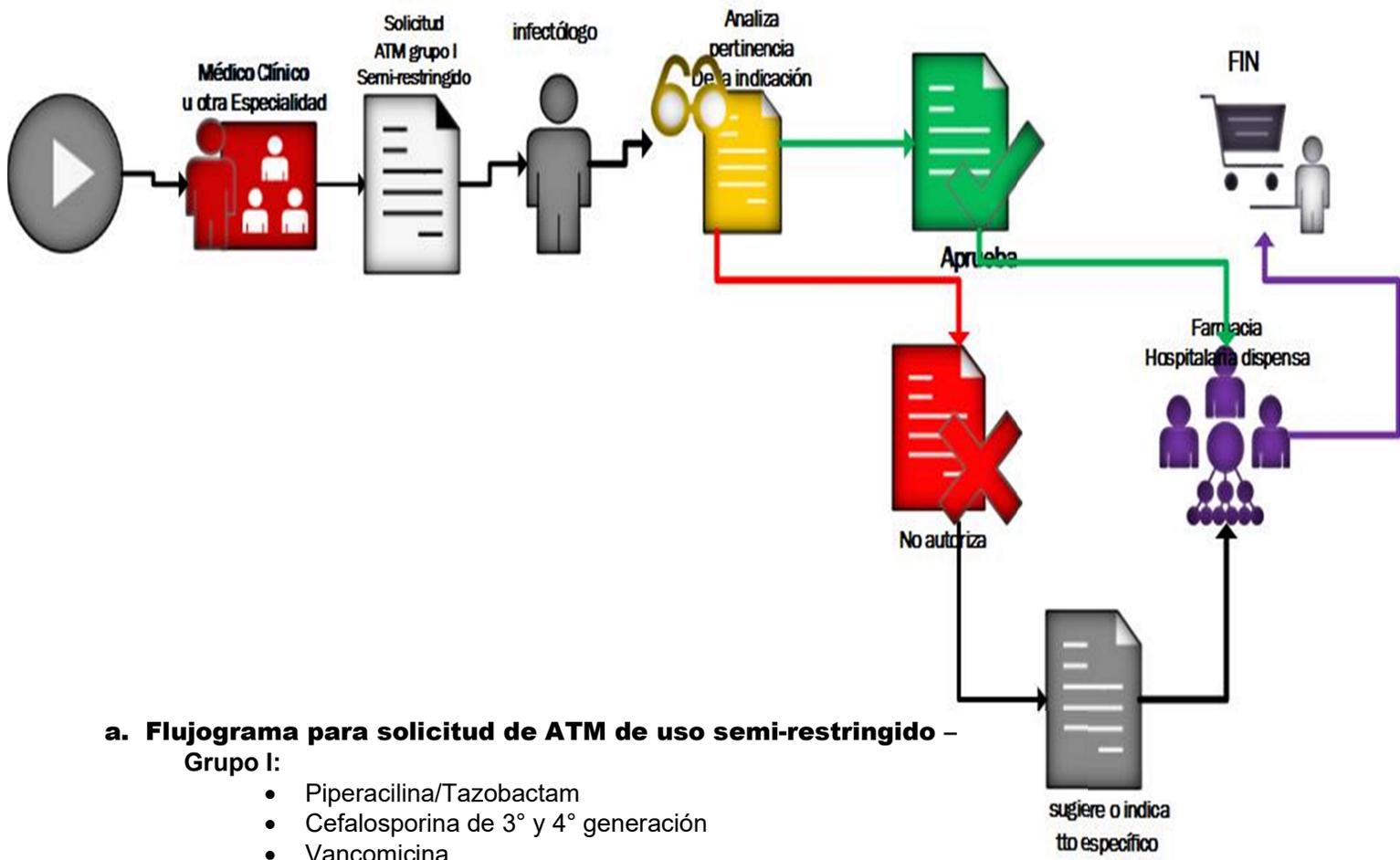
---

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

Fecha  
20/06/2021

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO  
**Uso Racional de Antimicrobianos**

Página Sección  
15



**a. Flujograma para solicitud de ATM de uso semi-restringido – Grupo I:**

- Piperacilina/Tazobactam
- Cefalosporina de 3° y 4° generación
- Vancomicina
- Claritromicina iv
- Fluconazol iv
- Aciclovir iv
- Ganciclovir
- Foscarnet

Revisión Nº  
1

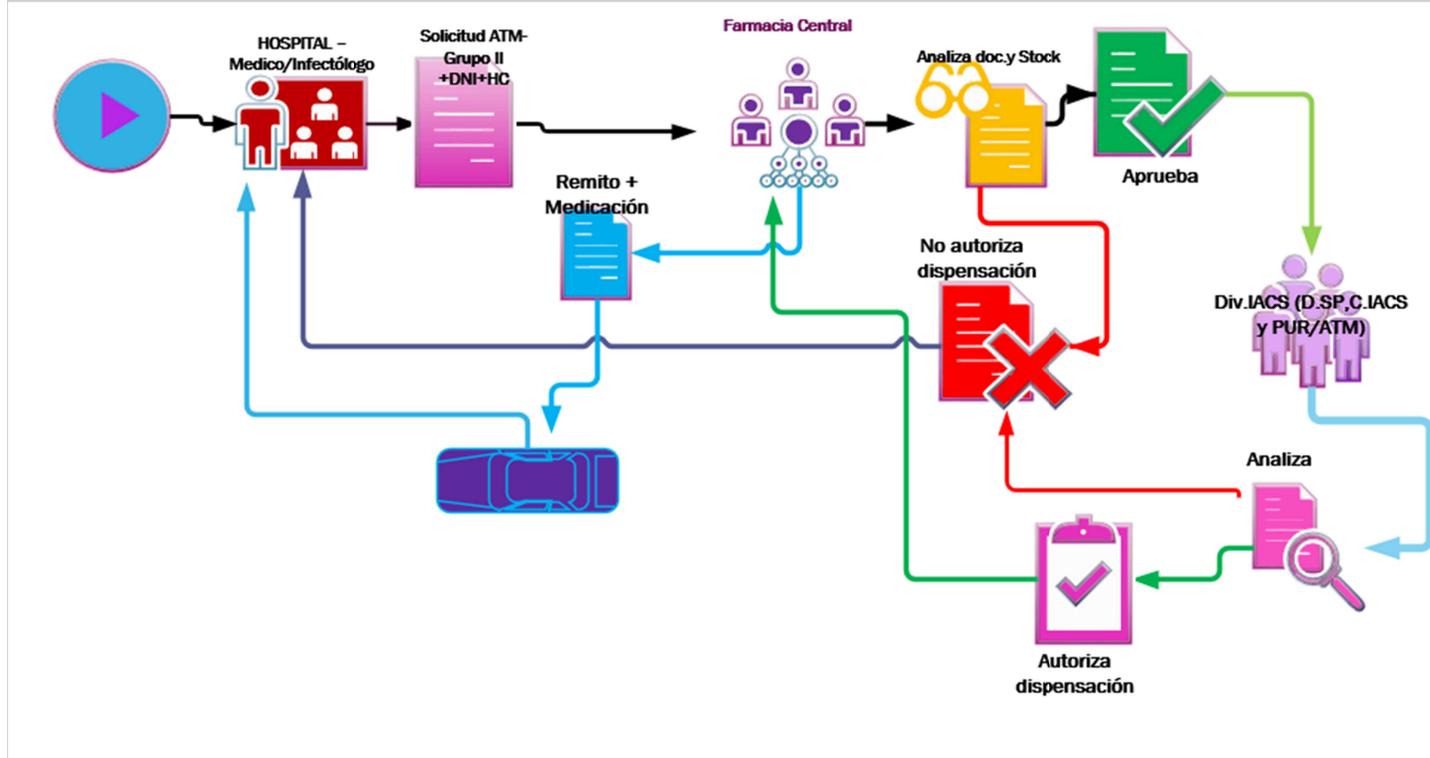
Fecha de Vigencia  
20/06/2021

Fecha Versión Original  
20/06/2021

Fecha  
20/06/2021

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO  
**Uso Racional de Antimicrobianos**

Página Sección  
16



**b. Flujograma para solicitud de ATM de uso restringido Grupo II:**

- Imipenem,
- Meropenem,
- Ertapenem
- Tigeciclina.

Revisión Nº  
1

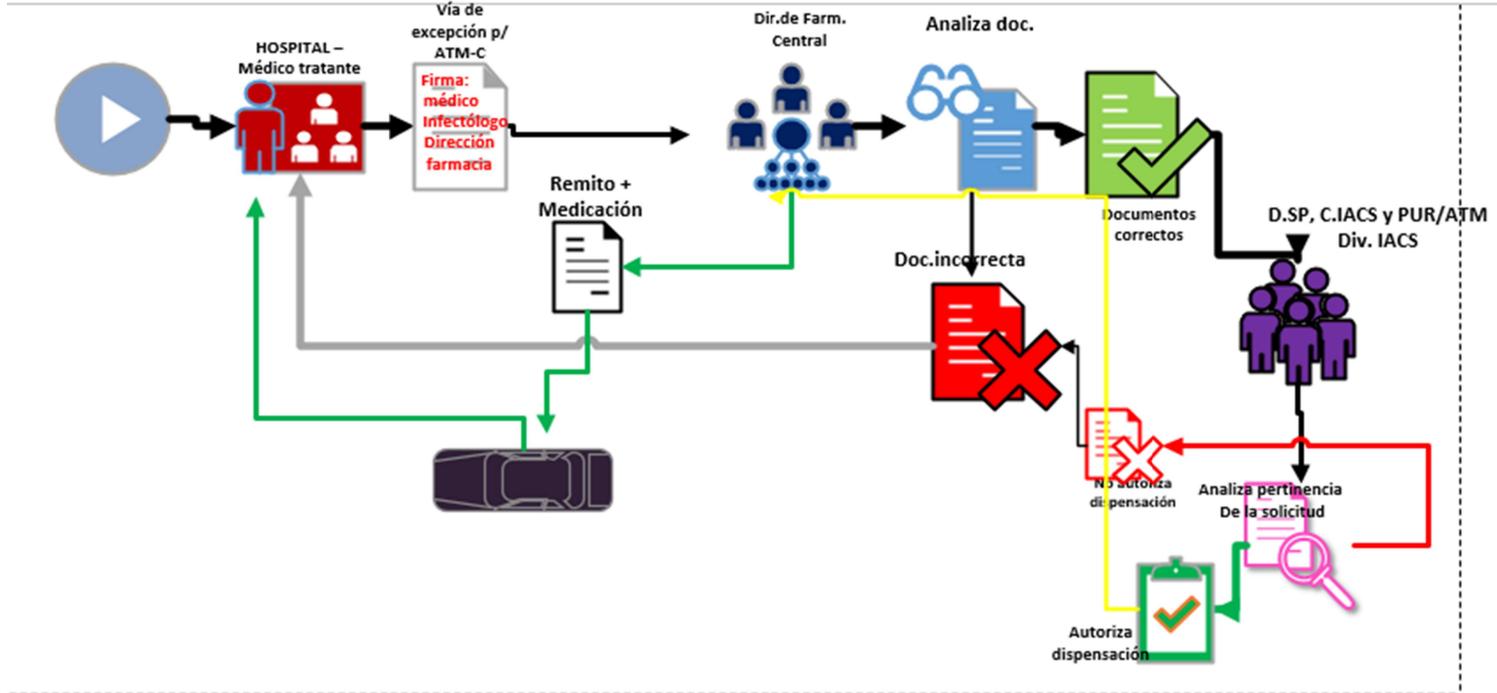
Fecha de Vigencia  
20/06/2021

Fecha Versión Original  
20/06/2021

Fecha  
20/06/2021

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO  
**Uso Racional de Antimicrobianos**

Página Sección  
17



**c. Flujograma para solicitud de ATM de uso restringido**

– Grupo III:

- **Antibióticos:** Ceftazidima/Avibactam, Ceftarolina, Ceftolozano/Tazobactam, Linezolid, Fosfomicina, Ceftobiprole, Daptomicina, Aztreonam..
- **Antifúngicos:** Anfotericina liposomal, Anfotericina complejo lipídico, Voriconazol, Posaconazol, Isavuconazol, Anidulafungina, Caspofungina, Micafungina,
- **Antivirales:** Valganciclovir.
- **Antiparasitarios:** Espiramicina,

Revisión Nº  
1

Fecha de Vigencia  
20/06/2021

Fecha Versión Original  
20/06/2021



Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	Uso Racional de Antimicrobianos	18

## VII. FORMULARIOS ASOCIADOS

- a. **FUNCIÓN DEL FORMULARIO:** Solicitud de ATM de uso restringido: Este formulario tiene por función estandarizar el proceso de comunicación a fin de evitar incidentes. El mismo debe contar con una descripción detallada según consta en los presentado en Anexo – Formulario

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021





Fecha	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Página Sección
20/06/2021	Uso Racional de Antimicrobianos	20

N°	HOSPITAL .....	N°
TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL	Receta de Antibióticos de uso restringido	
FECHA __/__/__	APELLIDO Y NOMBRE PACIENTE:	H.C.....
ANTIBIÓTICO	SALA..... CAMA.....	FECHA __/__/__
	Estudio/s Bacteriológico/s en marcha	
	ANTIBIÓTICO:.....	
DIAGNÓSTICO	Dosis.....	Intévalo.....
	ANTIBIÓTICO:.....	
	Dosis.....	Intévalo.....
Entregada a:	Diagnóstico y justificación:.....	
	FIRMA PRESCRIPTOR	FIRMA JEFE
TRATAMIENTO MANTENIDO	HOSPITAL .....	N°
	Receta de Antibióticos de uso restringido	
FECHA __/__/__	APELLIDO Y NOMBRE PACIENTE:	H.C.....
ANTIBIÓTICO	SALA..... CAMA.....	FECHA __/__/__
	Resultado/s Bacteriológico/s confirmado/s	
Tiempo.....	ANTIBIÓTICO:.....	TIEMPO:.....
DIAGNÓSTICO	Dosis.....	Intévalo.....
	ANTIBIÓTICO:.....	TIEMPO:.....
	Dosis.....	Intévalo.....
Entregada a:	Justificación: .....	
	FIRMA PRESCRIPTOR	FIRMA JEFE

<p><b>Elaborado por:</b> Div. IACS <b>Fecha: 10/06/2021</b></p>	<p><b>Revisado por:</b> Div. Calidad Hospitalaria <b>Fecha: 15/06/2021</b></p>	<p><b>Aprobado por:</b> Departamento de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Uso Racional de Antimicrobianos <b>Fecha: 20/06/2021</b></p>
---	--	---

Revisión N°	Fecha de Vigencia	Fecha Versión Original
1	20/06/2021	20/06/2021

