REPÚBLICA DEL ECUADOR	**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS** Código: HGDC-GG-GC-GVE-FORM-SAR-001 Versión: 001 Página 1 de 1	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón

Proceso:		**Fecha:**		**Hora:**	
DATOS DEL PACIENTE:					
Nombres y Apellidos:					
N° de Historia Clínica					
Edad:		**Peso:**		Kg	
CUADRO CLÍNICO					
Diagnóstico:					
Creatinina sérica:					
Otros antecedentes clínicos					

ANTIBIÓTICO (S) SOLICITADO (S)

Nombre del medicamento	Presentación farmacéutica	Dosis	Vía de administración	Duración del tratamiento

FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA:

Uso de betalactamicos o Quinolonas en los 3 meses previos	☐	**En caso de señalar Otros justifique:**
Hospitalización en los 3 meses previos	☐	
Patógeno identificado sensible al ATB propuesto	☐	
Alergia o contraindicación a otros tratamientos	☐	
Colonización por microorganismos MDR	☐	
Otros	☐	

RESULTADOS DEL CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA

Tomó cultivo antes de iniciar la terapia antibiótica?		SI		NO	
Tipo de muestra:		Fecha de toma de la muestra:			
Microrganismo identificado:					
Antibiograma:					

(f.) _____ **(f.)** _____

MÉDICO TRATANTE **INFECTÓLOGO**

NOMBRE: **NOMBRE:**

Espacio para uso exclusivo del Médico Infectólogo

Tratamiento pertinente ☐ Tratamiento no pertinente ☐

Observaciones: Continuar tratamiento ☐ Ajustar dosis ☐ Cambiar antibiótico ☐
Suspender tratamiento ☐ Seguimiento ☐

Nombre y Firma: Fecha de revisión: