

Procedimento Operacional Padrão

POP/CCIH/006/2016

**FLUXO DE
PRESCRIÇÃO DE
ANTIMICROBIANOS DE
USO RESTRITO**

Procedimento Operacional Padrão

FLUXO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

POP/CCIH/006/2016

Justificativa:

Promover qualidade assistencial no que concerne a antibioticoterapia e a antibioticoprofilaxia, melhorando a atenção dispensada aos pacientes.

Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a reduzir a pressão seletiva de antimicrobianos específicos, reduzindo desta forma a seleção de microorganismos resistentes.

Minimizar custos hospitalares direta ou indiretamente ligados ao uso de antimicrobianos.

Fluxo Antimicrobianos de Uso Restrito

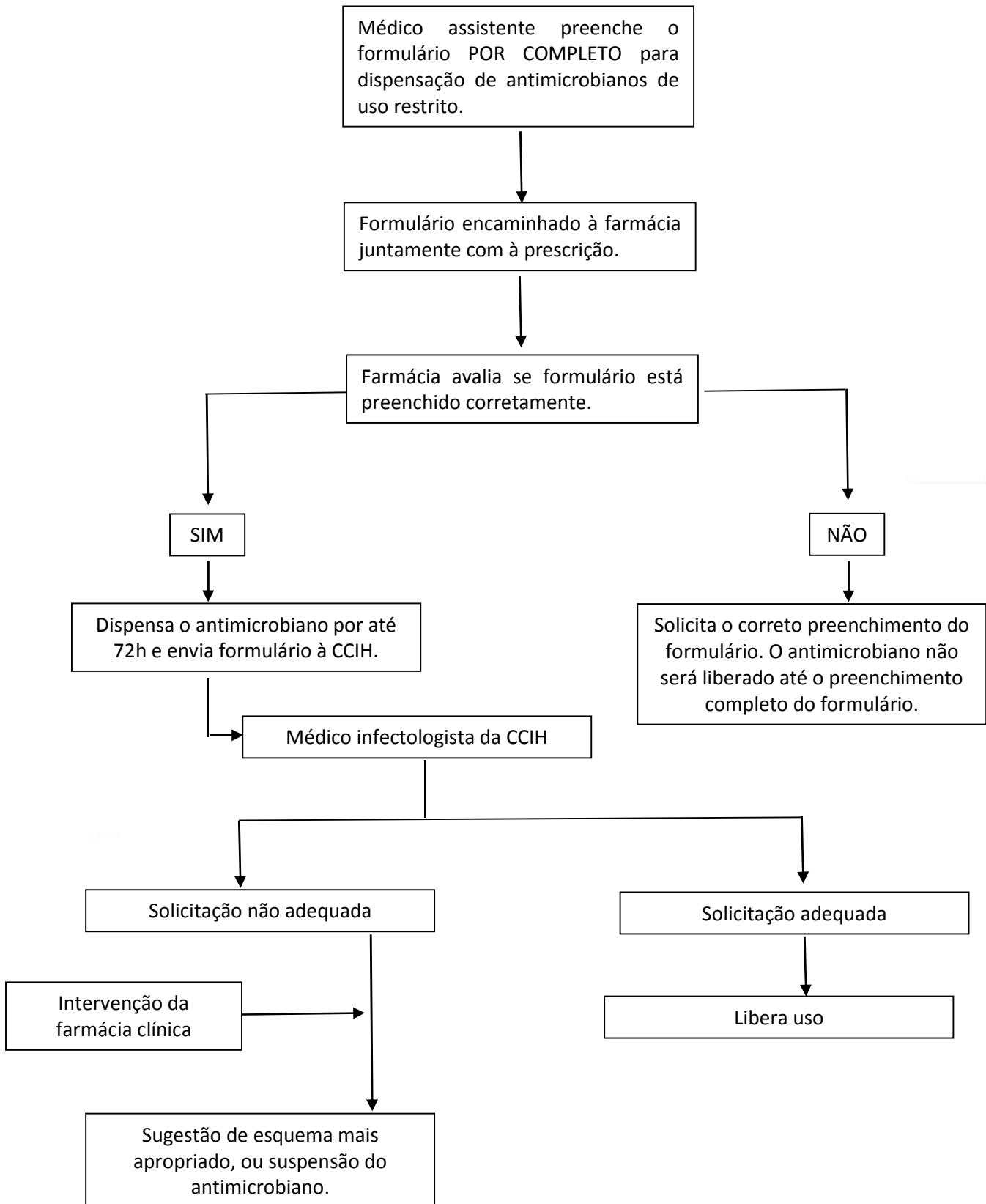
- 1) O médico assistente preenche uma solicitação de uso de antimicrobiano, informando os dados pessoais e clínicos dos pacientes. A ficha de solicitação de antimicrobiano (anexo 1) deve conter como o mínimo de informações: identificação do paciente, justificativa para o uso do antimicrobiano, a posologia, o tempo de tratamento e se o uso é terapêutico ou profilático.
- 2) A ficha é entregue ao Serviço de Farmácia, que confere se a mesma está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. Em caso de preenchimento incompleto a ficha é devolvida ao médico para adequação. Enquanto a ficha não for preenchida com as informações mínimas, para que serviço de farmácia e CCIH avaliem a indicação do antimicrobiano, o mesmo não será liberado.
Caso o médico prescriptor não se encontre na instituição, como por exemplo, feriados e finais de semana, a ficha pode ser completada por residente ou médico plantonista.
- 3) Posteriormente a CCIH recolhe as fichas e avalia a indicação de cada antimicrobiano. Se não houver problemas a medicação é liberada conforme tempo previsto de tratamento.

- 4) Caso haja divergência entre o antibiótico solicitado e a indicação, o infectologista bloqueia a liberação pela farmácia e comunica, juntamente com o serviço de farmácia clínica, ao médico assistente do paciente, para discussão do caso e adequação do antimicrobiano.
- 5) Cabe ao médico prescritor a atualização diária dos dias de uso do antimicrobiano na prescrição médica, para que tempo de uso do mesmo seja coerente com tempo solicitado na ficha.
- 6) Se houver necessidade de prolongar o uso, o médico assistente deve preencher nova solicitação que segue o mesmo fluxo.

obs : Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Após padronizados, automaticamente serão inclusos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

obs 2: O antimicrobiano Cefazolina está destinado apenas para uso profilático em cirurgia (ver protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica da CCIH-HULW).

Fluxograma:



Antimicrobianos de Uso Restrito (necessitam aprovação da CCIH em até 72h da prescrição)

Aciclovir EV

Ampicilina-sulbactam

Piperacilina-Tazobactam

Oxacilina

Cefalosporinas de 3ª geração (Ceftriaxone, Cefotaxima e Ceftazidima)

Cefalosporina de 4ª geração (Cefepime)

Carbapenêmicas (Imipenem e Meropenem)

Quinolonas (Ciprofloxacina EV e Levofloxacina EV)

Gentamicina e Amicacina

Glicopeptídeos (Vancomicina e Teicoplanina)

Clindamicina EV Metronidazol EV

Polimixina B

Tigeciclina

Linezolida Fluconazol EV

Anfotericina B desoxicolato

Anfotericina lipossomal

Micafungina

Mupirocina pomada*

* Indicada somente para descolonização para MARSA, quando indicado pela CCIH.

Atribuições de cada setor para o funcionamento do protocolo:

Médico Prescritor	<ul style="list-style-type: none">- Preencher o formulário de dispensação de antimicrobianos de uso restrito, de forma integral e encaminhá-lo à farmácia, juntamente com a prescrição.
Farmácia Hospitalar	<ul style="list-style-type: none">- Verificar se todos os dados do formulário estão devidamente preenchidos.- Se formulário incompleto, encaminhar de volta ao médico assistente/setor de origem para correção.*A medicação não será liberada até que o formulário seja preenchido com informações mínimas que justifiquem o uso do antimicrobiano.- Se formulário completo, liberar imediatamente o antimicrobiano solicitado por até 72 horas e encaminhar formulário à CCIH.- O medicamento só será liberado após esse período mediante avaliação do médico infectologista da CCIH.
Infectologista CCIH	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar o formulário no prazo de no máximo 72 horas, a partir da solicitação do medicamento.- Caso não haja nenhuma restrição, será autorizada a liberação e comunicado a farmácia (parte inferior do formulário).- Se necessário, solicitar ao médico prescritor que altere a prescrição.
Farmácia Clínica	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar, dentre outros aspectos, a diluição, posologia e interações dos antimicrobianos.- Acompanhar juntamente com CCIH os pareceres negativos, com sugestão de adequação ao tratamento antimicrobiano.

REFERÊNCIAS:

RDC nº 44, Controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília- DF, 26 de outubro de 2010.

Recomendações de uso e prescrição de antimicrobianos, Universidade federal do Triângulo Mineiro- UFTM. Uberaba – MG. Janeiro de 2015.

Resolução nº 1552, Conselho Federal de Medicina, Brasília - DF, 20 de agosto de 1999.

Rotina para liberação de antimicrobianos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- Hospital Universitário da UFGD/EBSERH. Dourados – MS. Junho de 2015.

João Pessoa, março/2016

Elaborado por: Francisco de Assis Silva Paiva	Aprovação da CCIH:	Reconhecido por:
	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___

ANEXO 1

**CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS**
SHF / CCIH

*Nome _____ Prontuário _____

Clínica _____ Enf. _____ Leito _____ Data de Adm. ____/____/____

Peso _____ Idade _____ Sexo () Masc. () fem. Gestante: () SIM () NÃO

*Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior do que 48 horas, justifique: _____

*Topografia da Infecção: () Trato Urinário () Respiratória () Cirurgia _____
() Pele e Tecido Subcutâneo () Corrente sanguínea () Outra _____

Classificação da Infecção: () Comunitária () Hospitalar

* Antimicrobiano/Dosagem	*Via	*Posologia	*Tempo(dias)
1			
2			
3			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

*Itens de preenchimento obrigatório para início da liberação do antimicrobiano.

Data: ____/____/____ Identificação do Médico _____

Assinatura/Carimbo

PARECER: () De acordo Observações: _____
() Contrário _____

Data ____/____/____ CCIH _____ SFH _____