



Recomendação Técnica para atendimento aos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar

Algoritmos para infecções mais frequentes e fluxo de acesso aos medicamentos

Coordenadoria de Atenção Básica

Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Área Técnica Programa Melhor em Casa

Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial, de Enfermagem e Insumos Estratégicos

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Divisão de Vigilância Epidemiológica / Núcleo Municipal de Controle de Infecção Hospitalar / Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis

Coordenadoria de Assistência Hospitalar

Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde

Secretaria Municipal da Saúde - SMS

Prefeitura Municipal de São Paulo – PMSP

VERSÃO 1 – AGOSTO/2021

APRESENTAÇÃO

O atendimento domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que vem se expandindo nos dias atuais, pois permite a desospitalização de pacientes, facilitando o processo de alta hospitalar, dando continuidade, no domicílio, à prevenção e ao cuidado de doenças, bem como à reabilitação do paciente, de modo integrado às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tal forma de atenção diminui os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por longo tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar e também reduz os custos relacionados a internações, oferecendo um atendimento mais humanizado, com maior autonomia para o paciente e a família. A atenção domiciliar insitui o papel do cuidador, que se responsabiliza pelo cuidado junto à equipe multiprofissional.

Desde a década de 1970, houve um incremento no uso da terapia parenteral ambulatorial como estratégia de tratamento que visa a desospitalização. Tornou-se uma modalidade segura e padronizada para pacientes com infecções diversas que necessitem de terapia antimicrobiana parenteral de longo prazo, realizada em consultórios médicos, clínicas, centros de infusão especializados ou na própria residência do paciente.

Este documento técnico estrutura-se a partir da finalidade do Programa Melhor em Casa de promover o tratamento oportuno a fim de manter tratamentos em leitos domiciliares de forma abrangente, responsável e humanizada, com vistas a proporcionar maior conforto e autonomia para o usuário e sua família, com mínimas intercorrências clínicas. Ainda busca reduzir a exposição do paciente à infecção hospitalar, disponibilizar leitos hospitalares e otimizar recursos.

O objetivo do presente documento é orientar as equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e demais profissionais da rede municipal de saúde quanto ao fluxo de atendimento dos pacientes assistidos pelo Programa Melhor Casa, no que se refere aos algoritmos para infecções mais frequentes e acesso a medicamentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. ALGORITMOS PARA INFECÇÕES MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

2.1. INFECÇÃO URINÁRIA

2.1.1 Bacteriúria Assintomática Algoritmos para infecções mais frequentes na atenção domiciliar

2.1.2 Infecção do Trato Urinário Baixo (Cistite)

2.1.3 Infecção do Trato Urinário Alto (Pielonefrite Aguda)

2.1.4 Infecção em Pacientes com Cateter Urinário

2.1.5 Infecção do Trato Urinário Recorrente

2.2. INFECÇÕES TEGUMENTARES E PARTES MOLES

2.2.1 Etiologia

2.2.2 Infecção em Pé Diabético

2.2.2.1 Princípios gerais para tratamento do pé diabético infectado

2.2.2.2 Tratamento da infecção

2.3. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO DOMICILIAR (CCID)

4. ACESSO AOS MEDICAMENTOS CONSTANTES NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

4.1. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.2. FLUXO DE SOLICITAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

4.3. CONTROLE DA PRESCRIÇÃO E USO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR PELAS UNIDADES DE REFERÊNCIA

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

6. REFERÊNCIAS

7. QUADROS, TABELAS E ANEXOS

QUADRO I – Infecções do trato urinário: agentes mais comuns e tratamento

QUADRO II – Infecções de pele

QUADRO III – Infecções necrotizantes

QUADRO IV – Lista de medicamentos para Atenção Domiciliar disponíveis na rede municipal de saúde.

QUADRO V – Medicamentos antimicrobianos de uso restrito hospitalar

QUADRO VI - Hospitais Municipais (HM) de referência por região e contatos

TABELA 1. Sistema de classificação para definir a presença e a gravidade de uma infecção do pé em uma pessoa com diabetes

TABELA 2. Etiologia de infecção e pé diabético em diferentes apresentações clínicas do pé diabético

TABELA 3. Tratamento empírico inicial para infecções de pé diabético

TABELA 4. Características que sugerem uma infecção com gravidade maior do pé diabético e possíveis indicações para hospitalização

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é um componente da Rede de Urgência Emergência compreendido como o conjunto de ações integradas que ocorrem no domicílio, constituindo-se uma nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. É fundamental a articulação com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários.

A continuidade do cuidado hospitalar estendido ao domicílio pressupõe a manutenção de medicamentos administrados via parenteral ou via oral. As situações comuns nas urgências e emergências podem ter o cuidado continuado no domicílio pela AD, o que inclui condições que necessitam de farmacoterapia endovenosa, condições de cuidados paliativos não-oncológicos e oncológicos (quadros avançados, fora de possibilidade curativa, com indicação de cuidados intensificados, visando conforto e alívio de sintomas, evitando procedimentos iatrogênicos na fase final de vida).

Nesse contexto, é relevante a abordagem sobre o uso racional de medicamentos, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em situações nas quais os pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. O uso irracional de medicamentos (polifarmácia indevida, uso inadequado de antimicrobianos, excesso de uso de preparações injetáveis, prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas, automedicação inapropriada e dificuldade de adesão à terapia medicamentosa) é um dos problemas de maior preocupação no mundo. Assim, a promoção do uso racional de medicamentos é responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde.

No que diz respeito aos antimicrobianos, deve-se adotar ações com o objetivo de racionalizar o seu uso, tendo em vista o aumento da multirresistência dos patógenos ao arsenal terapêutico, associada a queda no desenvolvimento de novos antibióticos e uso indiscriminado com prescrição inapropriada. Nesse sentido, o NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2015) recomenda: **uso do antimicrobiano em dose e tempo de tratamento adequados, terapia direcionada por culturas, controle ou restrição de uso de antimicrobianos de amplo espectro, priorização de antimicrobianos de menor espectro e critérios para diagnósticos e tratamento.**

Entre as bibliografias utilizadas, recomendamos às EMADs explorar o Guia de Utilização de Anti-Infeciosos e Recomendações Para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: <http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2019/04/GUIA-DE-ATB-USP-15-17.pdf> em

que é possível ter acesso a outros algoritmos em casos de infecções menos frequentes ou para possíveis situações específicas no dia a dia.

É importante reforçar que a análise da prescrição da antibioticoterapia deverá se basear no espectro de ação de acordo com resultado de cultura e antibiograma, nas recomendações de antibioticoterapia empírica de diretrizes e consensos, na duração prevista de tratamento, na posologia, na oportunidade de terapia sequencial e/ou no menor potencial de toxicidade e efeitos colaterais.

2. ALGORITMOS PARA INFECÇÕES MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

2.1 INFECÇÃO URINÁRIA

2.1.1 Bacteriúria Assintomática

-Caracterizada pela presença de bactérias na urocultura (> 100.000 UFC/ml) e ausência de sinais e sintomas clínicos de infecção.

-Indicação de tratamento: apenas para pacientes com alto risco de desenvolvimento de bacteremia: transplantados, neutropênicos, gestantes, pré-operatório de cirurgias urológicas, pré-operatório de colocação de próteses.

-Tratamento: de acordo com o antibiograma por 5 dias.

-Em geral, pacientes com candidúria (urocultura positiva somente para *Candida spp.*) não devem fazer uso de terapia anti-fúngica. No caso de candidúria associada ao uso de sonda vesical de demora, recomenda-se a troca da sonda.

2.1.2 Infecção do Trato Urinário Baixo (Cistite)

- **Mulher Grávida, Puérpera ou Nutriz**

-Realizar urina I e urocultura

-Tratamento: Considerar os potenciais efeitos colaterais fetais na escolha do antimicrobiano

-Duração: 7 dias

-Exames de controle: urina I e urocultura após 2 a 4 semanas

-Colher Urina I e urocultura → Iniciar antibioticoterapia empírica:

- cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)
- amoxicilina

-Reavaliar com resultado da cultura e antibiograma e adequar esquema de tratamento se necessário.

- **Mulher Não Grávida**

-A infecção de trato urinário não complicada em mulheres não grávidas não requer a realização de exames laboratoriais.

-Iniciar antibioticoterapia empírica por Via Oral:

- sulfametoxazol + trimetropim (800mg / 160mg) cada 12h ou
- norfloxacin 400 mg cada 12h ou
- nitrofurantoina 100 mg cada 6h

-Tratar por 3 dias → Se ausência de melhora clínica → realizar urina I e urocultura

(+) Agente resistente à droga utilizada → Novo tratamento por 3 dias de acordo com antibiograma

(+) Agente sensível à droga utilizada → Reavaliar o caso

(-) Repetir cultura em 48h → (-) → *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* *Mycoplasma hominis* → Azitromicina 1 g VO dose única

- **Homem**

-As ITU nos pacientes do sexo masculino estão frequentemente associadas a hiperplasia prostática.

-Realizar urina I, urocultura, exame clínico da próstata

-Tratamento de acordo com antibiograma por 7 dias

2.1.3 Infecção do Trato Urinário Alto (Pielonefrite Aguda)

-Na presença de sintomas clínicos sugestivos de Infecção do trato urinário alto, solicitar: urina I, urocultura e hemocultura

-Iniciar antibioticoterapia VO, IV ou IM de acordo com estado geral do paciente e reavaliar em 72 h para terapêutica oral

-Investigar alterações do trato urinário: obstrução/cálculos

-Tratamento: 2 semanas

-Opções para tratamento:

- Aminoglicosídeos (IV ou IM) (gentamicina 5 mg/ kg ou amicacina 15 mg/kg por dia)
- Ciprofloxacina 400 mg IV ou 500 mg VO cada 12h
- Ceftriaxona 1 g IV cada 12h*

*Para gestantes, pacientes com ou sob maior risco de insuficiência renal ou idade > 65 anos, usar somente cefalosporina.

2.1.4 Infecção em Pacientes com Cateter Urinário

-O principal fator de risco para infecção do trato urinário no ambiente hospitalar e no cuidado domiciliar é a presença da sonda vesical.

- a) Infecção em pacientes com cateter urinário → ausência de sintomas clínicos de infecção → urocultura → tratamento não indicado (exceção: pacientes de alto risco - transplantados, neutropênicos, gestantes, pré-operatório de cirurgias urológicas, pré-operatório de colocação de prótese).
- b) Infecção em pacientes com cateter urinário → suspeita clínica de ITU → alteração da Urina I e urocultura (+) → reavaliar a necessidade da sonda e retirar a sonda assim que possível → piúria franca → trocar o cateter vesical → iniciar antibioticoterapia de acordo com antibiograma.

Em geral, pacientes com candidúria (urocultura positiva somente para *Candida spp.*) não devem fazer uso de terapia anti-fúngica. Se for caso de candidúria associada ao uso de sonda vesical de demora, recomenda-se a troca da sonda.

2.1.5 Infecção do Trato Urinário Recorrente

a) Mais de três ITU/ano relacionadas com coito: realizar profilaxia pós-coito

Opções de tratamento:

- Sulfametoxazol-Trimetropim (800mg/160mg): 1cp via oral dose única

- Cefalosporina de 1ª geração: 0,5g via oral dose única

b) Mais de três ITU/ano não relacionadas com coito: realizar profilaxia contínua com dose única diária por período de 6 meses a 1 ano

Opções de tratamento:

- Sulfametoxazol-Trimetropim (400 mg/80 mg)
- Nitrofurantoina (100 mg)

Quadro 1 – Infecções do trato urinário: agentes mais comuns e tratamento

Categoria	Agentes	Tratamento	Notas
Cistite aguda não complicada	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i>	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacina / Ciprofloxacina Levofloxacina Nitrofurantoína	O tratamento por 3 dias tem a melhor relação custo-benefício. A taxa de cura é semelhante entre sulfamídicos e quinolonas (95%). A Nitrofurantoína deve ser utilizada por 5 dias. Na presença de diabetes mellitus, diafragma, ITU pregressa recente, idade >65 anos, sintomas por mais de 7 dias, considere tratamento por 7 dias. Nem sempre é necessário solicitar culturas para os casos simples, devido à alta susceptibilidade aos antimicrobianos disponíveis nesta síndrome. <i>N Engl J Med, 2012; Clin Infect Dis 2013</i>
Cistite recorrente em mulher jovem	Os mesmos que na cistite aguda não complicada	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacina / Ciprofloxacina Levofloxacina Moxifloxacina Nitrofurantoína	Definição: 3 ou mais cistites sintomáticas num período de 12 meses. Antibioticoprofilaxia está recomendada com dose diária reduzida de Sulfametoxazol+ Trimetropim, por 6 meses, iniciada após tratamento e cultura negativa (<i>Prim Care Clin Office Pract, v37 2010; Am Fam Phys, mar, 1999; NEJM, out, 1993; Curr Infec Ds Report, v1, 1999</i>)
Cistite aguda em homem jovem	Os mesmos que na cistite aguda não complicada	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacina / Ciprofloxacina / Levofloxacina	Tempo de tratamento recomendado: 7 dias. Fatores de risco: parceira sexual colonizada por uropatógenos, coito anal passivo, ausência de circuncisão. A presença de prostatite deve ser analisada cuidadosamente, já que o tempo de tratamento varia de 6 a 12 semanas, na presença de prostatite. Homens jovens com pielonefrite também devem ser investigados. A urocultura está recomendada para todos os homens. <i>(Prim Care Clin Office Pract, v 37, 2010)</i>
Pielonefrite aguda não complicada	Os mesmos que na cistite aguda não complicada	Gentamicina Norfloxacina / Ciprofloxacina / Levofloxacina	No uso da via oral exclusivamente, o tempo de tratamento recomendado é de 10 a 14 dias. Se houver náusea, vômito ou sepse, a via endovenosa está indicada, até um período de 24 a 48 horas afebril. Complete 14 dias de tratamento. <i>(Am Fam Phys. Mar, 1999; NEJM, out, 1993)</i>
ITU complicada	<i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>P. mirabilis</i> <i>Enterococcus sp</i>	Ampicilina + Gentamicina Ciprofloxacina Ceftriaxona	Apresenta fator complicador Anatômico, funcional ou metabólico (hiperplasia de próstata, microorganismo multirresistente,

	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Cefepime Piperacilina Tazobactam Meropenem	procedimento invasivo). No uso da via oral exclusivamente, o tempo de tratamento recomendado é de 10 a 14 dias. Se houver náuseas, vômitos, ou sepse, a via intravenosa está indicada, até um período de 24 a 48 horas afebril. Complete 14 dias de tratamento. Se enterococo, não usar cefalosporina de terceira geração.
--	-------------------------------	---	--

2.2 INFECÇÕES TEGUMENTARES E DE PARTES MOLES

2.2.1 Etiologia

-A maioria das infecções tegumentares agudas é causada por bactérias gram-positivas: *Streptococcus* spp e *Staphylococcus aureus*;

-Lesões tegumentares crônicas são frequentemente polimicrobianas com maior probabilidade de anaeróbios e gram negativos (infecções em pés de pacientes diabéticos, lesões por pressão); **ver**

quadro II de recomendações de tratamento

-Infecções tegumentares podem ou não se associar a resposta inflamatória sistêmica evidente: Sepses/ Sepses Grave/ Choque Séptico

Tratamento ambulatorial/ DOMICILIAR

-Infecções localizadas, que não necessitem intervenção cirúrgica em paciente clinicamente estável e imunocompetente, podem ser tratadas ambulatorialmente;

-Medicamentos de escolha:

- Cefalexina 500mg-1g via oral 6/6hs ou
- Clindamicina 300-600mg via oral 8/8hs

Tempo de tratamento: 7-10 dias

Na **internação** usar antimicrobiano-endovenoso:

-Infecções extensas

-Infecções em face, pescoço ou períneo

-Infecção com sinais de gravidade: dor desproporcional aos achados físicos, presença de hemorragia cutânea, presença de bolhas violáceas ou amarronzadas, anestesia cutânea, presença de gás ou piora progressiva apesar do tratamento instituído

-Condições associadas: imunodepressão, insuficiência renal, cirrótico, insuficiência cardíaca, neutropenia e diabetes

-Presença de Sepses/Sepses Grave

Quadro 2 – Infecções de Pele

DOENÇA	AGENTES MAIS COMUNS	TRATAMENTO DE ESCOLHA	TRATAMENTO ALTERNATIVO	COMENTÁRIOS
Impetigo	Streptococcus do grupo A S. aureus	Cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina 1g cada 6h por 7 dias)	Eritromicina (500mg via oral cada 6h /7 dias). Aplicação tópica de mupirocina ou ácido fusídico	Risco de Glomeronefrite Difusa Aguda Difícil diferenciar impetigo estrepto de estafilocócico
Erisipela	Streptococcus do grupo A, às vezes grupos G, C, B e mais raramente S. aureus	Ambulatorial/domiciliar: penicilina procaína 400.000 IM cada 12h. Internado: penicilina cristalina 2.000.000 IV cada 4h	Clindamicina (300-450mg cada 6h VO por 7 dias OU 600mg cada 6h OU 900mg cada 8h IV por 7 dias)*	Culturas positivas em apenas 5% dos casos
Celulite	S. pyogenes do grupo A S. aureus	Ambulatorial/domiciliar: cefalosporinas de 1.a geração (cefalexina 1 g cada 6h por 7 dias). Internado: oxacilina (2g IV cada 4h por 7 dias)	Clindamicina (300-450mg cada 6h VO por 7 dias) OU 600 cada 6h OU 900mg cada 8h IV Por 7 dias)*	Tentar obter bacterioscopia e cultura se secreção purulenta Maior positividade em hemocultura

Observações; 1) Tanto a erisipela quanto a celulite apresentam sinais flogísticos, podem apresentar febre e leucocitose, mas a erisipela é mais superficial e bem delimitada. 2) As doses foram calculadas para adulto com peso de 60 a 70 Kg, com função renal normal.

*Encaminhar para local que realize o procedimento.

Infecções Necrotizantes – ver as características no Quadro III

-Evidência de infecção grave ou não controlada (dor, aumento de hiperemia, febre, taquicardia, agitação, instabilidade hemodinâmica)

-Coleta de material: por punção ou 2 swabs + hemocultura + antibioticoterapia → drenagem ampla através de incisões para exposição da fáscia e/ou músculos:

→ considerar oxigenioterapia hiperbárica

→ se infecção controlada OK

→ se infecção não controlada → reavaliar desbridamento/antibioticoterapia

• Infecções Necrotizantes – Origem Comunitária

→ *Clostridium* (gangrena gasosa extremidades)

→ *Streptococcus* beta-hemolítico, *S. Aureus* (idiopático, pós-trauma, inj. drogas, animais peçonhentos)

→ Flora mista (gangrena Ludwig)

Ceftriaxona 1g IV cada 12h +

Clindamicina 900mg cada 8h* IV

*Encaminhar para local que realize o procedimento.

→ Flora mista intestinal (Fournier) → Clindamicina 900mg cada 8h* IV + Gentamicina* 240 mg/dia (dose única). *Encaminhar para local que realize o procedimento

Obs.: Ceftriaxona 1g IV cada 12h em caso de insuficiência renal ou alto risco.

- **Infecções Necrotizantes – Origem Hospitalar**

- Flora mista (pós-drenagem de abscessos, cirurgias potencialmente contaminadas/contaminadas/infectadas)
- *S. aureus*, *Streptococcus beta-hemolítico* (pós cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas)



Vancomicina 1g cada 12h +
(Amicacina 1g cada 24h +
Metronidazol 0,5g cada 8h)*

→ Reavaliar antibioticoterapia de acordo com cultura/antibiograma

*meropenem em caso de insuficiência renal ou alto risco

Quadro 3 – Infecções Necrotizantes

TIPO	AGENTE CAUSAL USUAL	CAUSAS PREDISPONETES	QUADRO CLÍNICO
Celulite clostrídia	<i>Clostridium perfringens</i>	Trauma local ou cirurgia	Gás na pele, fásia poupada, pouca repercussão sistêmica
Gangrena gasosa	<i>C. perfringens</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>C. septicum</i>	Trauma, injeções de epinefrina, neutropenia	Mionecrose, formação de gás, toxicidade sistêmica, choque
Celulite anaeróbia não clostrídia	Flora mista aeróbia e anaeróbia	Diabetes melito	Gás nos tecidos
Fasciíte necrotizante do tipo 1	Flora mista anaeróbia, Gram-negativos e enterococos	Cirurgia, diabetes, doença vascular periférica	Destrução de gordura e fásia; envolvimento da área perineal na síndrome de Fournier
Fasciíte necrotizante do tipo 2	<i>Streptococcus</i> do grupo A	Feridas penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras, trauma	Toxicidade sistêmica, dor Local intensa, gangrena, choque, falência de múltiplos órgãos

2.2.2 Infecção em Pé de Diabético (IPD)

Infecção no pé de um paciente com diabetes representa uma séria ameaça ao pé e ao membro afetado e deve ser avaliada e tratada imediatamente. Para úlceras clinicamente infectadas, é indicada a obtenção de uma amostra de tecido para cultura (e esfregaço Gram, se disponível). Evita-se obter amostras para culturas com um *swab*. Os patógenos causadores da IPD (e sua sensibilidade aos antibióticos) variam de acordo com a situação clínica, demográfica e geográfica, mas o *Staphylococcus aureus* (isolado ou com outros microrganismos) é o patógeno mais comum na maioria dos casos. As infecções crônicas e mais graves costumam ser polimicrobianas, com bactérias Gram negativas e anaeróbias acompanhando os cocos Gram-positivos, especialmente em climas mais quentes.

Obs.: As orientações para os cuidados com o pé diabético podem valer para outras arteriopatas de membros inferiores.

2.2.2.1 Princípios gerais para tratamento do pé diabético infectado

- Determinar gravidade da lesão (TABELA 1)
- Colher culturas antes de iniciar a antibioticoterapia para diagnóstico etiológico:

- ✓ Cultura do local: Limpar e desbridar a lesão (gaze, soro fisiológico, solução antisséptica).
 - ✓ Obter espécime da base da ferida desbridada, por curetagem (raspando com a lâmina do bisturi ou cureta) ou por biópsia.
 - ✓ Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando, de preferência, aspirado com seringa e agulha. Quando a punção com agulha não for possível, aspirar o material somente com seringa tipo insulina.
 - ✓ Evitar swab da base da lesão desbridada. Se for a única opção disponível, usar um swab e deslizar em Z em todas as laterais e utilizar frasco para acondicionar com meio de transporte para aeróbio e anaeróbio e encaminhar rapidamente ao laboratório.
 - ✓ A aspiração por agulha pode ser usada para obter material de coleção purulenta, e deve ser feita através da pele íntegra ao redor da ferida após antissepsia. Não coletar o pus emergente. O material das margens da lesão e a parte mais profunda do sítio escolhido são mais representativos e possuem maior viabilidade de microrganismos. A cultura de lesões secas e crostas não é recomendada, a menos que a obtenção de exsudato não seja possível.
 - ✓ A aspiração sub-periosteal por agulha de áreas com suspeita de osteomielite pode ser usada para obtenção de espécimes.
 - ✓ Identificar adequadamente o material e seu local de coleta e encaminhar rapidamente ao laboratório de microbiologia em meio estéril ou meio de transporte para aeróbios e anaeróbios;
 - ✓ Colher hemocultura se sinais de infecção sistêmica.
 - ✓ Caso as características da infecção sugiram uma gravidade maior do pé diabético, identificar pela **TABELA 4** as possíveis indicações para hospitalização.
- c) Iniciar terapia empírica baseado nos agentes etiológicos mais frequentes (**TABELAS 2 e 3**). A terapia empírica deve sempre cobrir *S. aureus* e *Streptococcus beta-hemolítico*. *Enterococcus* usualmente é apenas colonizante. Considerar o momento ideal de cobrir gram-negativos: usualmente em infecções crônicas, com uso de antibiotico prévio. *Pseudomonas aeruginosa* deve ser tratada apenas no caso de patógeno predominante em cultura de tecido profundo. Cobrir anaeróbios quando houver isquemia com necrose ou gangrena (o clássico “odor fétido”).
- d) **Adequar antibioticoterapia após isolamento do agente.**
- e) É essencial o desbridamento.
- f) Atenção para alteração da função renal, muito comum nestes pacientes.
- g) Checar vacinação para tétano.
- h) O tratamento do pé diabético deve ser sempre multiprofissional.

2.2.2.2 Tratamento da infecção no pé de diabético

Úlcera superficial com infecção limitada aos tecidos moles (leve):

- Limpe, desbride todo o tecido necrótico e halo de hiperqueratose ou calosidades.

- Inicie terapia antibiótica oral empírica direcionada a *Staphylococcus aureus* e estreptococos (a menos que haja razões para considerar outros patógenos prováveis ou adicionais).

Infecção profunda ou extensa e com potencial para ameaçar os membros (infecção moderada ou grave):

- Avalie urgentemente a necessidade de intervenção cirúrgica para remover tecido necrótico, incluindo osso infectado, libere pressão do local ou drene abscessos.
- Faça avaliação para Doença Arterial Periférica; se presente, considere tratamento urgente, incluindo revascularização.
- Inicie terapia antibiótica empírica, parenteral e de amplo espectro, voltada para bactérias Gram-positivas e Gram-negativas comuns e obrigatoriamente anaeróbios.
- Ajuste (restringa e direcione, se possível) o regime de antibióticos com base na resposta clínica à terapia empírica e nos resultados de cultura e antibiograma.

Tabela 1. Sistema de classificação para definir a presença e a gravidade de uma infecção do pé em uma pessoa com diabetes

Classificação clínica da infecção, com definições	Classificação do IWGDF
NÃO INFECTADO	
Sem sinais sistêmicos ou locais, ou sinais de infecção	1 (não infectado)
INFECTADO	
<p>Pelo menos dois destes itens estão presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inchaço ou endurecimento local ✓ Eritema >0,5 cm* ao redor da úlcera ✓ Sensibilidade ou dor local ✓ Calor local maior ✓ Exsudato purulento <p>E sem outra(s) causa(s) de uma resposta inflamatória na pele (por exemplo, trauma, gota, neuro-osteopatia aguda de Charcot, fratura, trombose ou estase venosa)</p>	
<p>Infecção sem manifestações sistêmicas (veja abaixo) envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ apenas a pele ou tecido subcutâneo (que não envolvam tecidos mais profundos) e ✓ qualquer eritema presente não se estende a >2 cm** ao redor da úlcera 	2 (infecção leve)
<p>Infecção sem manifestações sistêmicas e envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ eritema estendendo-se ≥ 2 cm* da margem da úlcera e/ou ✓ tecido mais profundo sob a pele e tecidos subcutâneos (por exemplo, tendão, músculo, articulação, osso) 	3 (infecção moderada)
<p>Qualquer infecção do pé com manifestações sistêmicas associadas (da síndrome da resposta inflamatória sistêmica [SRIS]), com ≥ 2 dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temperatura >38 °C ou <36 °C ✓ Frequência cardíaca >90 batimentos/minuto ✓ Frequência respiratória >20 respirações/minuto ou PaCO₂ $< 4,3$ kPa (32 mmHg) ✓ Contagem de leucócitos $>12.000/mm^3$ ou $<4.000/mm^3$ ou $>10\%$ de formas imaturas (banda) 	4 (infecção severa)
Infecção envolvendo osso (osteomielite)	Adicione "(O)" depois de 3 ou 4***

Nota: * Infecção refere-se a qualquer parte do pé, não apenas de uma úlcera ou lesão.

** Em qualquer direção, desde a borda da úlcera. A presença de isquemia do pé clinicamente significativa torna o diagnóstico e o tratamento da infecção consideravelmente mais difíceis.

*** Se a osteomielite for demonstrada na ausência de ≥ 2 sinais/sintomas de inflamação local ou sistêmica, classifique o pé como grau 3 (O) (se <2 critérios SRIS) ou grau 4 (O) (se ≥ 2 critérios SRIS)

Tabela 2. Etiologia de infecção e pé diabético em diferentes apresentações clínicas do pé diabético

QUADRO CLÍNICO	PATÓGENO
Celulite sem ferida aberta	<i>Streptococcus</i> β-hemolítico (grupos A, B, C, G) e <i>Staphylococcus aureus</i>
Úlcera infectada, sem antimicrobiano prévio	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Streptococcus</i> β-hemolítico
Úlcera infectada, crônica ou com uso prévio de antimicrobiano	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Streptococcus</i> β-hemolítico e Enterobactérias
Úlcera macerada, úmida*	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , freqüentemente com outros microorganismos
Feridas não cicatrizadas, crônicas, com uso prévio prolongado de antimicrobiano de amplo espectro**	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativo, difteroides, <i>Enterococcus</i> , Enterobactérias, <i>Pseudomonas spp.</i> , Bacilos Gram-negativos não-fermentadores e fungos (raro).
Pé fétido: necrose ou gangrena extensa, fétido*	Cocos gram-positivos aeróbios, incluindo <i>Enterococcus</i> , Enterobactérias, Bacilos Gram-negativos não-fermentadores e anaeróbios.

*Geralmente polimicrobiana

**Geralmente polimicrobiana e com bactérias multi-resistentes (*S. aureus* OXA-R, *Enterococcus* VANCO-R, Enterobactérias produtoras ESBL)

Tabela 3. Tratamento empírico inicial para infecções de pé diabético

CLASSIFICAÇÃO		ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA INICIAL	DOSE PARA FUNÇÃO RENAL NORMAL	DURAÇÃO
Leve	Comunitária	Cefalexina ou	1g cada 6h	VO 1 a 2 semanas (até 4 semanas se a resolução for lenta)
		Amoxicilina-Clavulanato ou	625 mg cada 8h	
		Clindamicina ou	900 mg cada 8h	
		Sulfametoxazol + Trimetoprim	800/160 mg cada12h	
	Relacionada a Serviços de Saúde ou uso de antibiótico nos últimos 30 dias	Clindamicina + Ciprofloxacino ou	900 mg cada 8h 500 mg cada12h	
		Levofloxacino+ Metronidazol	500 mg 1x/dia 500mg cada 8h	
Moderada	Comunitária	Amoxicilina-Clavulanato ou	625 mg cada 8h	Inicialmente EV, podendo ser VO após melhora clínica 2 a 4 semanas
		Clindamicina + Ciprofloxacino ou	900 mg cada 8h* 500 mg cada12h VO ou 400 mg cada12h EV	
		Ceftriaxona + Metronidazol ou	1 g cada 12h 500 mg cada 8h	
	Relacionada a Serviços de Saúde ou uso de antibiótico nos últimos 30 dias	Piperacilina/ Tazobactam ou	4,75 g cada 8h	
		Associado a: Vancomicina ou Teicoplanina	1g cada 12h 400 mg cada12h	
Grave	Comunitária	Clindamicina + Ciprofloxacino ou	900 mg cada 8h 400 mg cada12h	EV 2 a 4 semanas
		Cefepime + Metronidazol ou	2g cada12h 500 mg cada 8h	
		Meropenem ou	1g cada 8h*	
		Piperacilina/ Tazobactam	4,75 g cada 8h*	
		Associado a: Vancomicina ou Teicoplanina	1g cada12h 400 mg cada12h	

*Encaminhar para local que realize o procedimento

Tabela 4. Características que sugerem uma infecção com gravidade maior do pé diabético e possíveis indicações para hospitalização

A – Resultados que sugerem uma infecção mais grave do pé diabético	
Específico da úlcera	
Úlcera	Penetra nos tecidos subcutâneos (por exemplo, fáscia, tendão, músculo, articulação ou osso)
Celulite	Extensa (>2 cm), distante da ulceração ou progredindo rapidamente (incluindo linfangite)
Sinais/sintomas locais	Inamação ou endurecimento severos, crepitação, bolhas, descoloração, necrose ou gangrena, equimoses ou petéquias e nova anestesia ou dor localizada
Geral	
Apresentação	Início/agravamento ou progressão rápida
Sinais sistêmicos	Febre, calafrios, hipotensão, confusão e depleção de volume
Testes laboratoriais	Leucocitose, proteína C reativa ou taxa de sedimentação de eritrócitos elevados, hiperglicemia grave ou com piora, acidose, início de azotemia/ou com piora e anormalidades eletrolíticas
Características complicadoras	Presença de corpo estranho (implantado acidental ou cirurgicamente), úlcera por punção, abscesso profundo, insuficiência arterial ou venosa, linfedema, doença ou tratamento imunossupressor, lesão renal aguda
Falha no tratamento	Progressão apesar de antibioticoterapia e medidas de suporte aparentemente adequadas
B – Alguns fatores sugestivos de necessidade de hospitalização	
Infecção grave (ver achados que sugerem uma infecção mais grave do pé diabético acima)	
Instabilidade metabólica ou hemodinâmica	
Terapia intravenosa necessária (e não disponível/apropriada para um paciente ambulatorial)	
Testes diagnósticos necessários que não são disponíveis para pacientes ambulatoriais	
Isquemia do pé presente	
Procedimentos cirúrgicos (maiores) necessários	
Falha no manuseio ambulatorial do paciente	
Paciente incapaz ou desmotivado a cumprir o tratamento ambulatorial	
Necessidade de trocas de curativos mais complexas do que os pacientes/cuidadores podem fazer	
Necessidade de observação cuidadosa e contínua	

-Segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético, cabem as seguintes recomendações gerais:

- Trate uma pessoa com infecção de pé diabético com um agente antibiótico que se mostrou eficaz em uma publicação de um ensaio clínico randomizado-controlado e que é apropriado para o paciente individual. Alguns agentes a serem considerados incluem: penicilinas, cefalosporinas, carbapenêmicos, metronidazol [em combinação com outro (s) antibiótico (s)], clindamicina, linezolid, fluoroquinolonas ou vancomicina, mas não tigeclina.

- Selecione um agente antibiótico para o tratamento de uma infecção do pé diabético com base em: patógenos prováveis ou comprovados e suas suscetibilidades aos antibióticos; gravidade clínica da infecção; evidências publicadas da eficácia do agente para infecções do pé diabético; risco de eventos adversos, incluindo danos colaterais à flora comensal; probabilidade de interações medicamentosas; disponibilidade do agente; e custos financeiros.
- Caso a infecção não se resolva após 4 semanas de terapia apropriada, reavalie o paciente e reconsidere a necessidade de estudos diagnósticos adicionais ou tratamentos alternativos.
- Não trate clinicamente úlceras de pé não infectadas com antibiótico sistêmico ou antibiótico local com o objetivo de reduzir o risco de infecção ou promover a cicatrização.

2.3. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

Casos de pneumonia adquirida na comunidade, em qualquer faixa etária, de evolução grave que requerem internação hospitalar, apresentam a indicação de antibioticoterapia inicial com ceftriaxona intravenosa (IV) associada a um antimicrobiano macrolídeo (azitromicina IV ou claritromicina IV) (Doc PAC Covid) –

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/10052021_Recomendacao_tecnica_manejo_PAC_COVID.pdf

Em caso de insuficiência renal, ajustar a posologia com base na função renal do paciente.

Em geral, utiliza-se nos pacientes com função renal dentro da normalidade, a ceftriaxona na posologia de 1 g IV de 12/12 horas + azitromicina (500 mg IV/dia) por 7 a 10 dias, a critério médico.

Pacientes com antecedentes de alergia ou intolerância à ceftriaxona e/ou azitromicina/claritromicina, sugerimos a monoterapia com levofloxacina na dose de 500mg a 750 mg IV/dia.

Pacientes com história de DPOC ou fatores de risco para infecção por bactéria multirresistente aos antimicrobianos^{**}: Substituir a ceftriaxona por cefepima 1g IV 8/8* hs ou piperacilina/tazobactama 4,5 g (piperacilina 4 g + tazobactam 0,5 g) IV 8/8* hs, associado a azitromicina 500 mg IV/dia ou claritromicina 500 mg IV 12/12 hs.

Casos de Pneumonia aspirativa: há a recomendação de associação de ceftriaxona 1 g IV de 12/12 hs + clindamicina (600 mg IV, 8/8* hs).

*Encaminhar para local que realize o procedimento

**** Hospitalização nos últimos 3 meses com uso de antimicrobianos; tratamento com antimicrobiano em regime de internação domiciliar/ “home-care” nos últimos 3 meses.**

Atenção: A ceftriaxona não é a 1ª. opção de escolha para antibioticoterapia quando o quadro clínico permitir o tratamento ambulatorial/domiciliar, sem indicação de internação hospitalar.

A ceftriaxona tem sido indicada, em prescrição empírica inicial, de antibioticoterapia quando houver indicação de internação hospitalar do paciente, sem fatores de risco para infecção por bactérias multirresistentes aos antimicrobianos, devido sinais de gravidade no quadro clínico.

Paciente com fatores de risco para infecção por bactéria multirresistente aos antimicrobianos: hospitalização nos últimos 3 meses com uso de antimicrobianos; tratamento com antimicrobiano em regime de internação domiciliar/ “home-care” nos últimos 3 meses. Recomendamos como esquema de antibioticoterapia para pacientes com função renal dentro da normalidade:

- Piperacilina/tazobactama 4,5 g (piperacilina 4 g + tazobactam 0,5 g) IV 8/8 hs* OU
- Cefepime 2g IV 12/12 hs + Azitromicina 500 mg IV/dia OU
- Claritromicina 500 mg IV 12/12 hs (Doc PAC Covid)

*Encaminhar para local que realize o procedimento

Escore CURB-65 (Contar 1 ponto para cada dado positivo) para determinar risco

- () Alteração de consciência nova ou agravada
- () Uréia >50/dl*
- () FR >30 irpm/min
- () PAS <90 mmHg ou PAD <60 mmHg
- () Idade >65 anos

*Coletar uréia apenas se o paciente tiver algum dos fatores de risco acima positivo

Para o paciente em atenção domiciliar, a permanência no domicílio será determinada por sua estabilidade clínica.

Nos quadros de infecção respiratória inferior (pneumonias em geral), poderá ser utilizado como critério de evolução os escores CURB-65.

0 a 1 ponto – Pneumonia de baixo risco

Tratamento ambulatorial/domiciliar

Exames mínimos: Hemograma, radiografia do tórax

Podem ser acompanhados com oximetria e gasometria arterial, se possível.

Esquema antimicrobiano (7 a 10 dias)

→ Paciente sem DPOC nem antibiótico recente

- Ampicilina ou
- Claritromicina

→ Paciente com DPOC ou antibiótico recente

- Levofloxacina ou
- Amoxicilina-Clavulanato + Claritromicina

*É necessário reavaliação em 48-72 horas

2 pontos – Pneumonia de risco intermediário

Internação para observação, com previsão inicial de alta em 48 horas

Exames mínimos: hemograma, gasometria arterial ou oximetria de pulso, 2 hemoculturas e exames para avaliação das doenças de base, exame radiológico do tórax

Esquema antimicrobiano (7 a 10 dias)

→ Paciente sem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica nem antibiótico recente

- Ceftriaxona + Claritromicina/Azitromicina ou
- Levofloxacina

→ Paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ou antibiótico recente

- Levofloxacina
- Cefepime + Claritromicina/Azitromicina

→ Suspeita de Pneumonia aspirativa (mau estado de conservação dentária, aspiração de conteúdo fecalóide, presença de sinusiopatia crônica)

- Ceftriaxona + Clindamicina ou
- Ampicilina-Sulbactam

3 ou mais pontos – Pneumonia de alto risco

Internação hospitalar em UTI

3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO DOMICILIAR (CCID)

A Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID) é caracterizada como órgão consultivo e deliberativo sobre as questões de infecções relacionada à Assistência Domiciliar (AD), como aquela que não estava presente e nem incubada no momento da admissão do paciente. Tem como finalidade o controle e monitoramento do uso de antimicrobianos de uso restrito hospitalar destinados aos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa.

A prevenção e o controle das infecções relacionadas a assistência à saúde como danos aos pacientes, profissionais de saúde e cuidadores/famíliares é fundamental para alcançar atendimento de qualidade, segurança e redução de infecções associadas aos cuidados de saúde (IRAS) e resistência antimicrobiana (AMR). Da mesma forma, prevenir e reduzir a transmissão de doenças infecciosas que representam ameaças globais, como a COVID 19, as gripes pandêmicas, a doença do vírus Ebola e outras febres hemorrágicas virais, é fundamental.

Os representantes serão indicados pelas CRS, sendo prioritariamente médico, enfermeiro ou farmacêutico.

O funcionamento da CCID será estabelecido conforme Regimento Interno da mesma.

4. ACESSO AOS MEDICAMENTOS CONSTANTES NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

4.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

- As farmácias das unidades de referência para as EMADS serão definidas pelas Coordenadorias de Saúde (CRS), com o aval da SMS.
- Os pacientes assistidos pelas EMADS poderão ter acesso aos medicamentos disponíveis na rede básica e de especialidades, atendendo às especificidades de alguns itens.
- No Quadro I estão elencados os medicamentos prioritários para assistência domiciliar, que foi elaborada a partir de demanda proveniente da rede, e poderão estar disponíveis nas farmácias das unidades de referência, conforme a necessidade.
- Os medicamentos listados no Quadro I estarão elencados no grupo “EMAD” do GSS. A inserção do consumo médio mensal (CMM) desses medicamentos será realizada pela Supervisão Técnica de Saúde (STS) e validada pela interlocução da EMAD. O abastecimento das farmácias das unidades de referência será efetivado conforme cronograma habitual definido pela Divisão Técnica de Suprimentos.

- Na Quadro II estão elencados os **antimicrobianos de uso restrito hospitalar**, os quais serão acessados conforme fluxo instituído no item 4.2.
- A farmácia da unidade de referência não deverá ter estoque dos **antimicrobianos de uso restrito hospitalar**.

Observações:

- Nos casos em que for indicado o uso de medicamentos parenterais prescritos a cada 8h, é importante verificar a possibilidade de adequar posologia para via oral ou o horário de acordo com os turnos da equipe.

-Os medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e dispensados nas Farmácias do CEAF, conforme Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

-No caso de pacientes internados que serão encaminhados para atenção domiciliar, a documentação necessária para a retirada dos medicamentos do CEAF nas farmácias estaduais, deverá ser preenchida com antecedência, no planejamento da alta hospitalar.

-A retirada dos medicamentos do CEAF nas farmácias estaduais deverá ser realizada antecipadamente, de forma que o paciente esteja com os medicamentos no momento da alta.

-As orientações gerais, documentos necessários e locais de retirada dos medicamentos do CEAF estão disponíveis em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>.

4.2 FLUXO DE SOLICITAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

- O médico da EMAD preenche o formulário de solicitação de antimicrobianos de uso restrito hospitalar (ANEXO I) e a prescrição médica, ambos em duas vias, datados e assinados.
- O formulário será encaminhado para validação da CCID por e-mail.
- O início da terapia antimicrobiana não está condicionado a autorização prévia da CCID, porém esta poderá intervir quando julgar oportuno.
- A unidade de referência entrará em contato com um dos hospitais de referência da região (Quadro III) para providências quanto à retirada do medicamento.

- Após o recebimento de uma via da prescrição médica e do formulário de solicitação de antimicrobianos de uso restrito hospitalar, o hospital de referência realizará a liberação imediata e pontual do medicamento, na quantidade adequada para o tratamento completo do paciente.
- O hospital de referência deverá emitir um memorando de transferência de medicamentos para a unidade de referência, que deverá conter os dados do medicamento e a quantidade liberada, assim como a assinatura do emissor e do recebedor.
- A farmácia da unidade de referência deverá dar entrada manual do antimicrobiano no GSS e arquivar o memorando.
- O medicamento deverá ser armazenado na farmácia nominalmente para o paciente solicitado com uma via da prescrição médica e do formulário.
- A farmácia da unidade de referência fará a saída do medicamento pelo GSS, conforme cartão SUS e prescrição médica.
- O saldo remanescente do medicamento (por mudança de conduta, alta ou óbito) na unidade de referência não poderá ser utilizado para início de tratamento de outro paciente e deverá ser totalmente devolvido ao hospital de referência da região, com memorando de devolução.

4.3 CONTROLE DA PRESCRIÇÃO E USO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR PELAS UNIDADES DE REFERÊNCIA

- Caberá ao médico da EMAD, gerente da unidade de referência com apoio do corpo clínico e CCID acompanhar a prescrição e a utilização dos antimicrobianos de uso restrito hospitalar.
- Os formulários de solicitação de antimicrobianos de uso restrito hospitalar deverão ser submetidos à validação da Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID).
- A retirada desses medicamentos no hospital de referência, de acordo com a urgência ou necessidade de uso oportuno, poderá ocorrer antes da validação pela CCID, e nestes casos, esta somente interferirá se justificado.
- A equipe EMAD de referência deverá, por meio de planilha padronizada (ANEXO II), realizar o monitoramento dos antimicrobianos de uso restrito hospitalar. A planilha deverá ser encaminhada pela unidade de referência, por e-mail, para a Supervisão Técnica de Saúde (STS) e CRS, mensalmente. A CRS encaminhará a planilha consolidada para CCID.

Quadro IV – Lista de medicamentos para Atenção Domiciliar disponíveis na rede municipal de saúde.

CÓDIGO SUPRI	MEDICAMENTO
11.064.006.031.0012-7	ACETILCISTEÍNA 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 3ML
11.064.006.031.0014-3	ACETILCISTEÍNA PÓ PARA USO ORAL 200MG ENVELOPE
11.064.008.042.0032-3	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT. C) 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 5ML
11.064.010.052.0001-3	AMICACINA SULFATO 250MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.010.052.0003-0	AMICACINA SULFATO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL AMP 2ML
11.064.010.052.0014-5	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL 100 MG + 200 MG FR - AMP
11.064.010.052.0222-9	AMOXICILINA 500MG + ACIDO CLAVULÂNICO 125MG
11.064.010.052.0225-3	AMOXICILINA 50MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL FRASCO 100ML
11.064.010.052.0005-6	AMPICILINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FR-AMP
11.064.002.015.0001-5	ATROPINA SULFATO 0,25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.018.070.0011-3	ATROPINA SULFATO 10MG/ML (1%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA 5ML
11.064.010.052.0108-7	AZITROMICINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FR- AMP
11.064.001.008.0012-9	BACLOFENO 10MG COMPRIMIDO
11.064.010.052.0045-5	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000UI PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FR-AMP
11.064.010.052.0047-1	BENZILPENICILINA PROCAÍNA 300.000UI + BENZILPENICILINA POTÁSSICA 100.000 UI SUSPENSÃO INJETÁVEL FAM
11.064.009.045.0020-5	BETAMETASONA ACETATO 3MG/ML+BETAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO 3 MG/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.008.041.0106-6	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% (84MG/ML - 1 MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 250ML
11.064.007.033.0001-2	BICARBONATO DE SODIO FRASCO COM 100G
11.064.007.040.0003-9	BISACODIL 5MG COMPRIMIDO
11.064.010.052.0124-9	CEFAZOLINA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM
11.064.010.052.0075-7	CEFTAZIDIMA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM
11.064.010.052.0226-1	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL C/ DILUENTE LIDOCAÍNA 10MG/ML (1%) FR-AMP IM
11.064.010.052.0079-0	CEFTRIAXONA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1G FR-AMP IV
11.064.010.052.0227-0	CEFUROXIMA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 750MG FR-AMP
11.064.015.067.0074-4	CETOPROFENO 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM IV
11.064.015.067.0078-7	CETOPROFENO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML IM
11.064.010.052.0232-6	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 100ML
11.064.001.004.0021-0	CLOBAZAM COMPRIMIDO 10MG
11.064.008.041.0009-4	CLORETO DE POTÁSSIO 191MG/ML (19,1% - 2,56MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML
11.064.008.041.0107-4	CLORETO DE POTÁSSIO 60MG/ML (6%) SOLUÇÃO ORAL 100ML
11.064.008.041.0077-9	CLORETO DE SÓDIO 9MG/ML (0,9% - 0,154MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 100ML
11.064.008.041.0078-7	CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML (0,9% - 0,154 MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 250ML

11.064.008.041.0082-5	CLORETO DE SÓDIO 9MG/ML (0,9% - 0,154MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 500ML
11.064.008.041.0034-5	CLORETO DE SÓDIO 200MG/ML (20% - 3,4MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.008.041.0031-0	CLORETO DE SÓDIO 9MG/ML (0,9% - 0,154MEQ/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.019.071.0297-0	CLORETO FÉRRICO 500MG/ML (50%) GEL FRASCO 10G
11.064.001.011.0001-5	CLORPROMAZINA CLORODRATO 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 5ML
11.064.011.061.0122-3	COLAGENASE TÓPICA 0,6U/G POMADA BISNAGA 30G
11.064.009.045.0012-4	DEXAMETASONA COMPRIMIDO 4MG
11.064.009.045.0107-4	DEXAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO 4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP OU FAM 2,5ML
11.064.015.067.0012-4	DICLOFENACO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3ML
11.064.001.001.0009-7	DIPIRONA SÓDICA COMPRIMIDO 500MG
11.064.001.001.0006-2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.007.035.0017-8	DIMENIDRINATO 3MG/ML + PIRIDOXINA CLORIDRATO (VIT.B6) 5MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100 MG/ML 10ML IV
11.064.007.035.0001-1	DIMENIDRINATO 50MG/ML + PIRIDOXINA CLORIDRATO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML IM
11.064.007.035.0020-8	DOMPERIDONA 1MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 100ML
11.064.004.023.0023-4	ENOXAPARINA SODICA 20MG (EQUIVALENTE A 100MG/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SERINGA 0,2ML SC
11.064.004.023.0026-9	ENOXAPARINA SODICA 40MG (EQUIVALENTE A 100MG/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SERINGA 0,4ML SC
11.064.004.023.0020-0	ENOXAPARINA SODICA 60MG (EQUIVALENTE A 100 MG/ML) SOLUÇÃO INJETÁVEL SERINGA 0,6ML SC
11.064.002.012.0002-0	EPINEFRINA HEMITARTARATO 1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1ML
11.064.007.036.0022-9	ESCOPOLAMINA 10MG/ML SOLUÇÃO ORAL GOTAS FRASCO 20ML
11.064.007.036.0003-2	ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.007.036.0006-7	ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 5ML
11.064.006.030.0002-5	FENOTEROL 5MG/ML SOLUÇÃO INALANTE GOTAS FRASCO 20ML
11.064.001.002.0009-1	FENTANILA CITRATO 0,0785 MG/ML (EQUIVALENTE 0,05MG/ML DE FENTANILA) SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM 10ML
11.064.001.002.0036-9	FENTANILA CITRATO 0,0785MG/ML (EQUIVALENTE 0,05MG/ML DE FENTANILA) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.004.024.0006-9	FITOMENADIONA (VIT. K) 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML IM
11.064.004.022.0015-9	HIDRÓXIDO FÉRRICO COMPLEXO COLOIDAL 500MG (EQUIVALENTE A 20MG/ML DE FE+++) AMP 5ML IV
11.064.013.065.0012-1	FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 5ML
11.064.010.052.0030-7	GENTAMICINA 40MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.007.040.0007-1	GLICEROL ENEMA 120MG/ML (12%) FRASCO 500ML
11.064.008.041.0015-9	GLICONATO DE CÁLCIO 100MG/ML (10% - 0,45MEQ/ML DE CA++) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.008.0410.089-2	GLICOSE EM SOLUÇÃO INJETÁVEL A 10% SISTEMA FECHADO C/ 500ML

11.064.008.041.0016-7	GLICOSE 250MG/ML (25%) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.008.041.0085-0	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 250ML
11.064.008.041.0086-8	GLICOSE 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO 500ML
11.064.008.041.0014-0	GLICOSE 500MG/ML (50%) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML
11.064.001.011.0013-9	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.001.011.0014-7	HALOPERIDOL DECANOATO 70,52MG/ML (EQUIVALENTE A 50MG/ML DE HALOPERIDOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 1ML
11.064.004.023.0002-1	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM 5ML
11.064.004.023.0003-0	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 0,25ML SC
11.064.009.045.0006-0	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM
11.064.009.045.0007-8	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM
11.064.019.001.0005-0	HIDROXIDO DE POTÁSSIO 100MG/ML (10%) SOLUÇÃO FRASCO 20ML
11.064.006.030.0030-0	IPRATRÓPIO BROMETO 0,25MG/ML (0,025%) SOLUÇÃO INALANTE GOTAS FRASCO 20ML
11.064.007.040.0023-3	LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL 667MG/ML
11.064.010.052.0223-7	LEVOFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO
11.064.010.052.0237-7	LEVOFLOXACINO SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML SISTEMA FECHADO 100ML
11.064.001.003.0061-4	LIDOCAINA CLORIDRATO 20MG/ML (2%) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 5ML
11.064.001.003.0006-1	LIDOCAINA CLORIDRATO 20MG/ML (2%) SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM 20ML
11.064.001.003.0009-6	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 20MG/ML (2%) GEL BISNAGA 30G
11.064.007.035.0003-8	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.010.060.0010-7	MICONAZOL NITRATO 20MG/G (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 80G
11.064.001.004.0040-6	MIDAZOLAM CLORIDRATO 5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 3ML
11.064.001.010.0015-0	MORFINA SULFATO 0,2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.019.001.0234-6	MORFINA SULFATO 10MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 60ML
11.064.001.010.0002-9	MORFINA SULFATO 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.001.010.0010-0	MORFINA SULFATO 1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.001.010.0017-7	MORFINA SULFATO 30MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO MODIFICADA
11.064.013.065.0030-0	NALOXONA CLORIDRATO 0,4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.002.016.0001-0	NEOSTIGMINA METISULFATO 0,5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.010.058.0002-9	NITROFURANTOINA 100MG CÁPSULAS OU DRÁGEAS
11.064.007.033.0025-0	OMEPRAZOL SÓDICO 40MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL FAM+DILUENTE
11.064.007.035.0016-0	ONDANSETRON CLORIDRATO 2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.001.001.0001-1	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO
11.064.011.061.0150-9	PODOFILINA 100MG/ML (10%) SOLUÇÃO ALCOÓLICA FRASCO 20ML
11.064.019.071.0046-2	POLICRESULENO 360 MG/ML (36%) SOLUÇÃO FRASCO 12ML
11.064.008.041.0048-5	POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO EM PÓ PARA USO ORAL 900MG/G ENVELOPE COM 30G
11.064.002.013.0007-5	PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.007.037.0001-0	SIMETICONA 75MG/ML EMULSÃO ORAL GOTAS FRASCO 10ML
11.064.008.041.0040-0	SULFATO DE MAGNESIO 100MG/ML (10% - 0,81MEQ/ML MG+++) SOLUÇÃO

	INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.008.041.0042-6	SULFATO DE MAGNÉSIO 500 MG/ML (50% - 4,05MEQ/ML MG++) SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 10ML
11.064.006.030.0005-0	TERBUTALINA SULFATO 0,5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 1ML
11.064.008.042.0018-8	TIAMINA PALMITATO (VIT. B1) 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 1ML
11.064.001.010.0023-1	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/ML SOLUÇÃO ORAL 10ML
11.064.001.010.0011-8	TRAMADOL 50MG COMPRIMIDO
11.064.001.010.0012-6	TRAMADOL 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP 2ML
11.064.008.042.0005-6	VITAMINAS DO COMPLEXO B EM COMPRIMIDOS, COMPRIMIDOS REVESTIDOS OU DRÁGEAS
11.064.008.042.0004-8	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUÇÃO ORAL GOTAS FRASCO

Quadro V – Medicamentos antimicrobianos de uso restrito hospitalar

CÓDIGO SUPRI	MEDICAMENTO
11.064.010.052.0121-4	CEFEPIMA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1.000MG FR-AMP
11.064.010.052.0211-3	LINEZOLIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML SISTEMA FECHADO 300ML
11.064.010.052.0260-1	MEROPENEM PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1000MG FR-AMP SISTEMA FECHADO BOLSA 100ML
11.064.010.052.0234-2	MEROPENEM PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FR-AMP SISTEMA FECHADO BOLSA 100ML
11.064.010.052.0238-5	PIPERACILINA 4.000MG + TAZOBACTAM 500MG
11.064.010.052.0218-0	TEICOPLANINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 400MG FR- AMP USO ADULTO E PEDIÁTRICO 400MG
11.064.010.052.0066-8	VANCOMICINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FR-AMP

Quadro VI - Hospitais Municipais (HM) de referência por região e contatos

CRS	NOME DO HOSPITAL	CONTATO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LESTE	HM Alípio Correa Neto	Telefone: 3394-8119
	HM Waldomiro de Paula	Telefone: 3394-9064/9065
	HM Tide Setúbal	Telefone: 3394-8881/8882
NORTE	HM José Soares Hungria	Telefone: 3394-8642 / 8715
	HM Maternidade Escola Dr. Mario A. Silva – Cachoeirinha	Telefone: 3986-1180/1022
OESTE	HM Mario Degni	Telefone: 3394-9355/9356
SUL	HM Fernando Mauro Pires da Rocha	Telefone: 3394-7685
SUDESTE	HM Cármio Caricchio	Telefone: 3394-7024/7025
	HM Dr. Arthur Ribeiro de Saboya	Telefone: 3394-8455/8456/8458
CENTRO	HM Dr. Ignácio Proença de Gouvêa	Telefone: 3394-7869

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais objetivos do Melhor em Casa é diminuir a permanência do paciente no leito hospitalar e ou evitar que ele se interne. Para tanto, ações como essa de escrever recomendações técnicas de uso racional de antimicrobianos, criação de uma CCID, finalizando permitir que o paciente tenha no conforto de seu lar uma assistência de qualidade e segura garantindo a não internação, faz com que o nível terciário esteja disponível para garantir o melhor tratamento para casos de maior complexidade e risco.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA- Curso “Antimicrobianos – Bases teóricas e Uso Clínico”

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_w eb/modulo1/antimicrobianos.htm Acesso em 19/07/2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. Manual de Procedimentos Básicos em MICROBIOLOGIA CLÍNICA para o Controle de Infecção Hospitalar, 2000

<https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/microbiologia/introducao.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica, 2004

https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/microbiologia/mod_3_2004.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RENAME Relação Nacional de Medicamentos –

<http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf> Acesso em 19/07/2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Uso racional de Medicamentos

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/u/uso-racional-de-medicamentos> Acesso em 19/07/2021

CONSENSO INTERNACIONAL DE PE DIABETICO – *International World Group for Diabetic Foot* (IWGDF) – 2019. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético (Lançamento da Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF no 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2020. Brasília) <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf> Acesso em 19/07/2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas FMUSP. Guia de Utilização de Anti-Infeciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.

<http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2019/04/GUIA-DE-ATB-USP-15-17.pdf> Acesso em 19/07/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Enfrentamento à COVID-19 em São Paulo - Recomendação técnica para antibioticoterapia no tratamento de pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade durante a pandemia de COVID-19 para unidades pré-hospitalares 24 horas

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/12042021_Recomendacao_tecnica_manejo_PAC_COVID_12_abril_2021versaoFINAL_ATAF.pdf

Acesso em 19/07/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. REMUME Relação Municipal de Medicamentos

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/REMUME_dispensacao_atualizada_14_5_2021.pdf Acesso em 19/07/2021

OLIVEIRA, P.R. et al. Outpatient parenteral antimicrobial therapy for orthopedic infections – a successful public healthcare experience in Brazil. **Braz J Infect Dis** 2016; 20(3):272–275

PADOVEZE, M.C.; FIGUEIREDO, R.M.; organizadores. **Prevenção e Controle de Infecções Associadas à Assistência Extra-hospitalar: atenção primária, ambulatório, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência.** 2ª ed. São Paulo: APECIH, 2019

SALOMÃO, R.; PIGNATARI, A.C.C.; organizadores. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de infectologia.** São Paulo; Ed. Manole, 2004. Pág. 535-537

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Diretrizes brasileiras para terapia antimicrobiana parenteral ambulatorial (*Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy* – *OPAT*)** <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/diretrizes-brasileiras-para-terapia-antimicrobiana-parenteral-ambulatorial-.pdf> Acesso em 17/08/2021

7. ANEXOS

Anexo I – Formulário de solicitação de antimicrobianos de uso restrito hospitalar Atenção Domiciliar

I) Informações Gerais (* ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIMICROBIANO)

*Nome do paciente _____ Data de admissão no SAD: ___/___/___
 Matrícula/ prontuário _____ Idade _____ Sexo: () F () M. Peso: _____ Dosagem Creatinina: _____ ou Uréia: _____
 Data da internação ___/___/___ Data da cirurgia ___/___/___ Data inicial ATB: ___/___/___
 Diagnóstico Principal: _____ CID-10: _____
 Diagnóstico Principal: _____ CID-10: _____

II) Antecedentes de infecção durante atendimento hospitalar e SAD:

Local da Infecção	Classificação da Infecção	Antibióticos usados	Início	Fim

III) *Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico

*Se uso profilático por mais de 48h, justificar:

IV) *Topografia da infecção:

() TRATO URINÁRIO – ITU	() RESPIRATÓRIA – Pneumonia
() INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER	() CIRURGIA – infecção do sítio cirúrgico
() PELE/ FERIDAS	() OUTROS

V) *Classificação da infecção: () Comunitária () Hospitalar

VI) * Prescrição:

	Antimicrobiano	Dosagem/dia	Via	Intervalo/Posologia	Tempo/dias
1					
2					
3					

Se o tempo for maior que 10 dias, justificar: _____

VII) Exame Microbiológico:

Data da coleta	Material	Microorganismo	Sensibilidade

VIII) Considerar definições de critérios para a avaliação e fonte de informação: No caso de Infecção de pele/feridas – Observação direta: considerar se a limpeza estiver adequada, a cobertura tiver sido trocada no tempo correto, saturação da cobertura X tempo de troca, quantidade, cor e aspecto do exsudato, hiperemia, edema e odor, temperatura corporal E SINAIS SISTÊMICOS.

IX)PTS: _____

X) Outras informações: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Preenchimento pela Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID)

() Autorizado () Não autorizado. Motivo:

Nome do autorizador: _____

RF ou nº de matrícula: _____ Data: _____

Preenchimento pela Farmácia do Hospital de Referência

() Medicamento fornecido () Medicamento não fornecido. Motivo:

Assinatura e Carimbo do dispensador: _____

Data: _____

Encaminhamento das vias do formulário e prescrições:

-Uma via da prescrição e uma via do formulário ficarão na farmácia do hospital de referência.

-Uma via da prescrição vistada pela farmácia do hospital de referência será devolvida à farmácia da unidade de referência para controle juntamente com o memorando de transferência e uma via do formulário.

Anexo II – Planilha de controle e monitoramento dos antimicrobianos de uso restrito hospitalar nas Unidades de Referência

PLANILHA DE CONTROLE E MONITORAMENTO DOS ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR																						
NOME UNIDADE																						
PACIENTE	MEDICAMENTO						ENTRADA		DATA		SAÍDA (N° DE AMPOLAS)								DATA		OBSERVAÇÕES	
CARTÃO SUS	NOME	POSOLOGIA	DURAÇÃO DO TRATAMENTO	NOME PRESCRITO	N° AMPOLAS RECEBIDAS	INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA		SAÍDA (N° DE AMPOLAS)								TÉRMINO DO TRATAMENTO	TOTAL UTILIZADO	SALDO REMANESCENTE	DEVOLUÇÃO PARA HOSPIZ DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES	
							1	2	1	2	3	4	5	6	7	8						9