



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE JANAÚBA
AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 140 VEREDAS –
JANAUBA/ 39440-000
TELEFONE (38) 3821-1138
CNPJ 14.706.049-0001/79
www.hrjanauba.com.br



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO

I- PACIENTE: _____

Leito/Enfermaria: _____

II- TRATAMENTO:

Antibiótico/dose	Posologia/via de Adm.	Duração	Término

III- ESTUDO BACTERIOLÓGICO PRÉVIO:

☐ Sim ☐ Não. Resultado: _____

IV- JUSTIFICATIVA:

V- DATA: ____/____/____

Ass. Carimbo Médico Assistente

VI- VISTO SCIH: ____/____/____

Ass. Carimbo Médico SCIH

VII- FARMÁCIA:
ENTREGUE EM: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

Assinatura



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE JANAÚBA
AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 140 VEREDAS –
JANAUBA/ 39440-000
TELEFONE (38) 3821-1138
CNPJ 14.706.049-0001/79
www.hrjanauba.com.br



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO

I- PACIENTE: _____

Leito/Enfermaria: _____

II- TRATAMENTO:

Antibiótico/dose	Posologia/via de Adm.	Duração	Término

III- ESTUDO BACTERIOLÓGICO PRÉVIO:

☐ Sim ☐ Não. Resultado: _____

IV- JUSTIFICATIVA:

V- DATA: ____/____/____

Ass. Carimbo Médico Assistente

VI- VISTO SCIH: ____/____/____

Ass. Carimbo Médico SCIH

VII- FARMÁCIA:
ENTREGUE EM: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

Assinatura