

	FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS			
Codigo: F-M-HOS-001		Versión: 001 11/diciembre/2024	Fecha de creación: 11/diciembre/2024	
El diligenciamiento de éste formato es necesario para la dispensación del antimicrobiano de uso restringido, y corresponde a un documento adicional a la formulación				
Hospitalización ()		Ambulatorio ()		
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre:		Tipo de identificación: TI / CC / PA		
No. Identificación:	No. H.C:	Peso:	Edad:	
Fecha de prescripción: DIA / MES / AÑO		Servicio:		
EPS:		Cama:		
Diagnostico principal:				
Diagnostico infeccioso:				
Sospechado ()		Confirmado ()		
Examen confirmatorio:	Origen o tipo de muestra:		Resultado:	
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO ACTUAL				
Nombre:				
Forma de presentacion	Dosis	Frecuencia	Tipo de tratamiento	
RAZÓN DEL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ACTUAL O DE ADICIÓN DE UN ANTIMICROBIANO NUEVO				
Antibiotico solicitado:		Profilaxis ()	Tratamiento ()	
Nombre	Presentación	Dosis	Frecuencia	Tipo de tratamiento
OBSERVACIONES				
Nombre del médico prescriptor:				
Vo. Bo Equipo PROA:				
Fecha de Vo. Bo:				