

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO ANTIBIÓTICO**  
**VANCOMICINA**

**Atenção:** são condições para a dispensação do medicamento o preenchimento total e legível deste formulário e sua apresentação juntamente com a prescrição médica (em duas vias), na farmácia.

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
PFJ: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

**Medicamento requisitado:**

(  ) Vancomicina 500 mg – pó para solução injetável.

**Justificativa da Indicação:**

(  ) Continuação de tratamento osteomielite causadas por *Staphylococcus aureus* e *S. epidermidis* resistentes a meticilina.

(  ) Antibiograma – microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura e antibiograma:

---

**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR AS RECOMENDAÇÕES POSOLÓGICAS NO PROTOCOLO DE ANTIMICROBIANOS  
DISPONÍVEL NA REMUME VIGENTE.**