**FLUJOGRAMA**

**SELECCIÓN DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO**

**USO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Farmacia** | **Servicios** | **Infectologia** | **Comité de Infecciones Intrahospitalarias** |
| NO  Comunica al médico Jefe de servicio para su suscripción  INICIO  El Médico tratante visita al paciente  El Médico tratante evalúa la necesidad de uso de ATM de uso restringido  Recibe receta con ATM de reserva y Acta de justificación  Revisa validez de documentación y tiempo de entrega  Dispensa medicamento solicitado  Registra en hoja farmacoterapeutica  Realiza seguimiento farmacoterapeutico  Monitoriza uso racional de ATM de uso restringido  ¿El paciente requiere ATM?  Solicita Acta de Justificación y registra información de formato y la firma  Medico Jefe suscribe el Acta de Justificación y solicita la interconsulta a Infectologia  Médico tratante continúa tratamiento con otro ATM  Presente resultados por indicadores trimestrales  Recibe Acta suscrita y emite receta para su envió a Farmacia para su dispensación.  SI  NO  Médico de turno entrevista al paciente y revisa historia clínica  ¿Requisito antibiograma u otros exámenes?  Solicita a laboratorio exámenes de laboratorio  Recibe resultados de laboratorio  ¿Paciente requiere ATM  ?  Autorización de uso de ATM de reserva elegido y suscribe el Acta de Justificación  Remite Acta suscrita al Servicio solicitante.  SI  SI  Analiza información y consolida  Evalúa farmacoterapia entregada por paciente y servicio  Presenta resultados  FIN | G |  |  |