

Appendix.1



فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف

(Broad spectrum antibiotics

stewardship form)

(نسخه دوم)

زمستان ۱۴۰۲

❖ نام داروها: ایمنی پنم / مروپنم - واکسوما یسین / تیکوپلاتین - کلیستین - لینزولید - کسپوفازین - وریکونازول -

پوساکونازول - آمفوتریسین (داکسی کولات معمولی) / لیپومازول - تیگسیکلین

❖ بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
نام	نام خانوادگی	شماره پرونده	جنس: سن:
نتایج میکروبیولوژی (کشت):			
نوع میکروارگانیسم:	نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	
آنتی بیوگرام: حساس: مقاوم:			
علت قطع: علت تغییر: علت ادامه:			

۴- پس از شروع یا ادامه آنتی بیوتیک، جهت نحوه تجویز و تنظیم دوز آنتی بیوتیک بر اساس محاسبات فارماکوکینتیک و پارامترهای فارماکودینامیک، مشاوره با متخصص داروسازی بالینی (در صورت شاغل بودن یا در دسترس بودن در بیمارستان)، بر اساس نظر پزشک معالج، انجام شود.

۵- این فرم صرفاً برای ۵ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید، مجدداً پر و تایید گردد.

۶- تحویل این آنتی بیوتیک ها از داروخانه با حضور مستقیم داروساز بالینی و یا داروساز شاغل در بیمارستان می باشد.

۷- پزشک معالج و پزشک مشاوره دهنده، مسئولیت تکمیل فرم را بر عهده دارند.

مهر و امضا پزشک معالج :

مهر و امضا متخصص عفونی و گرمسیری (بزرگسال /کودکان) مشاوره دهنده:

مهر و امضای داروساز بالینی/داروساز در زمان تحویل دارو: