

فرم تجویز منطقی..... (stewardship form)

- طبق این دستورالعمل ادامه تجویز..... بیش از ۷۲ ساعت صرفاً بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و تایید متخصص بیماری های عفونی / فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی / فوق تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
نام	نام خانوادگی	شماره پرونده	سن
جنس	بارداری O	شیردهی O	

علائم حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت ، اسمیر)		
نوع میکرو ارگانیسم:	محل کشف:	تاریخ:
آنتی بیوگرام:		

کانون احتمالی عفونت									
O باکتری می	O قلب	O کانتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی / مغز	O استخوان / مفصل	O مجاری ادرار / کلیه	O پوست و بافت نرم	O سایر ( ذکر شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- این فرم صرفاً برای دریافت..... برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- حداکثر دوره درمان با..... نهایتاً ۴-۶ هفته می باشد.
- تحویل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماری های عفونی دارو قابل تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماری های عفونی / فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی / داروساز