

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان شاهین دژ

بیمارستان شهید راثی

***"تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف"***

**نام داروها: ایمی پنم/مروپنم-وانکومایسین/تیکوپلانین (تارگوسید)-کلیستین-لینزولید-کسپوفانژین-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) قبل از شروع آنتی بیوتیک کشت خون و ادرار ارسال گردد.** | | | | |
| **نوع میکروارگانیسم:** | | **نمونه:** | **تاریخ ارسال نمونه:** | |
| **نتایج آنتی بیوگرام:**  **حساس**  **نیمه حساس**  **مقاوم** | | | | |
| **علت قطع:**  **علت تغییر:**  **علت ادامه:** | | | | |
| **نام آنتی بیوتیک** | **دوز و راه تجویز** | **تاریخ شروع** | **دوره درمان پیشنهادی یا تاریخ قطع** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

**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:**