

Lista kontrolluese e antibiotikëve

Na ndihmoni të mbajmë antibiotikët në punë.

Ju lutemi shënoni

To access the TARGET Antibiotics patient leaflets, scan the QR code or visit:

www.RCGP.org.uk/TARGET-patient-leaflets



I have given the following patient information leaflet:

- UTI UTI for older adults dental
 RTI RTI pictorial other
 managing common infections (self-care)

Administering the flu vaccine. Please tick as appropriate.

- I have discussed flu vaccine eligibility with the patient
 I have given the flu vaccine on site

The Antibiotic Checklist has not been fully completed because:

- the patient's representative did not know the information
 the antibiotics are supplied by delivery service.
 Consider including a patient information leaflet with the prescription.
 the antibiotics are already dispensed
 the patient declined
 other reason. Please write the reason in the space below.



A janë antibiotikët për ju? po jo

Nëse nuk janë për ju, ju lutemi plotësoni pjesën tjetër të këtij formulari për personin e përmendur në recetë.

A po merrni ndonjë ilaç tjetër? po jo nuk e di

A keni marrë të njëjtat antibiotikë në 3 muajt e fundit? po jo nuk e di

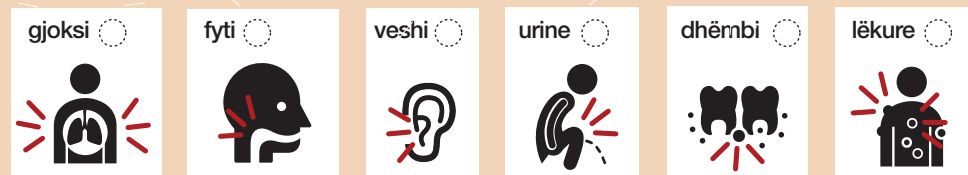
Jeni alergjik ndaj ndonjë antibiotiku? po jo nuk e di

Nëse po, ju lutemi jepni informacionin e mëposhtëm në lidhje me alergjinë tuaj:

Emri i antibiotikut

Lloji i alergjisë

A keni një nga këto infeksione të zakonshme? Shënoni nëse po.



Apo diçka tjetër?

Ju lutemi tregoni këtu.

A ju përshkruan kjo? Shënoni nëse po.



A keni bërë një vaksinë kundër gripit këtë vit? po jo nuk e di

Farmacisti juaj mund t'ju tregojë për gjërat që mund të bëni për t'ju ndihmuar të përmirësoheni dhe t'ju japë një fletëpalosje me më shumë informacion.

Ju lutemi njoftoni farmacistin tuaj nëse keni nevojë për këtë informacion në një gjuhë tjetër.

Ju lutemi vazhdoni në faqen mbrapa →

Na ndihmoni t'ju ndihmojmë duke shënuar po ose jo nga deklaratat e mëposhtme:

 <p>Unë e di se çfarë të bëj nëse më mungon një dozë e antibiotikëve të mi.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>Unë e di nëse antibiotikët e mi duhet të merren me ose pa ushqim.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>Unë e di pse duhet të marr antibiotikët e mi siç më këshillon mjeku, infermjerja ose farmacisti im.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>
 <p>Unë e di për efektet anësore që mund të kem nga antibiotikët e mi.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>E di nëse duhet të shmang alkoolin gjatë kohës që marr antibiotikët.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>E di pse nuk duhet të ndaj kurrë antibiotikët e mi me të tjerët ose t'i mbaj për përdorim të mëvonshëm.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>
 <p>Unë e di se sa kohë mund të zgjasin simptomat e mia.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>E di kur duhet të kërkoj ndihmë të mëtejshme me infeksionin tim.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>	 <p>E di pse duhet të kthej në farmaci çdo antibiotik të papërdorur.</p> <p>po <input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/></p>

Nëse është e nevojshme, jam e/i kënaqur që dikush në emër të Shëndetit Publik ose TARGET Antibiotics të më kontaktojë për vizitën time sot.

Dëshiroj të kontaktohem me celular me email.

Shënoni aty ku është e përshtatshme.

Ju lutemi shkruani emailin ose numrin tuaj të celularit më poshtë, duke përdorur një shkronjë ose numër për kuti.

Checklist points

Date this checklist was completed:

Assessing the antibiotic prescription. Please tick as appropriate.

I have checked	n/a	yes	no
... for allergies, risk factors, other medication interactions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... treatment with the same antibiotic in the previous 3 months. This information is collected from page 1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... the antibiotic against the local guidance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... the antibiotic is appropriate for the infection indicated.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... the dose is correct for the indication and patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... the duration is correct for the indication.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I have contacted the prescriber about this antibiotic prescription. Please write the reason and outcome below.

n/a yes no

The following antibiotics have been dispensed

- None
- Amoxicillin
- Flucloxacillin
- Nitrofurantoin
- Doxycycline
- Clarithromycin
- Phenoxymethylpenicillin (Penicillin V)
- Metronidazole
- Trimethoprim
- Co-Amoxiclav
- other Please specify the antibiotic in the space below.

Giving advice on antibiotics. Please tick as appropriate.

n/a yes no

I have discussed antibiotic resistance with the patient/carer as the patient has had the same antibiotics in the last three months.

I have checked the Patient responses to the statements overleaf and given advice as required.

Tick the circles next to the statements opposite when the advice has been given.

Please continue overleaf →