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.







التهاب الحلق

نعم

يرجى وضع علامة 🕥

لا أعرف

لا أعرف

لا أعرف

K





نوع الحساسية





هل تعانى من الالتهابات الشائعة؟ ضع علامة ۖ اذا نعم

لائحة تفقد المضادات الحيوية

هل أخذت نفس المضادات الحيوية في 3 أشهر السابقة؟ نعم

ساعدنا لكي نبقى المضادات الحيوية تعمل.

هل أنت متحسس لأي مضادات حيوية؟

اذا نعم، يرجى توفير المعلومات عن حساسيتك:

اذا لم تكن، فيرجى ان تملئ بقية هذا النموذج للشخص

هل المضادات الحبوبة لك؟

المسمى في الوصفة الطبية.

هل تتعاطى أنة أدوية أخرى؟





اسم المضاد

الحيوي

او شيء آخر؟ برجي أن تذكره هنا

هل هذا يصفك؟ ضع علامة ﴿ اذا نعم

مشكلة بعمل الكبد



مشكلة بعمل الكلي





الرضاعة





فوق سن 65

لا أعرف هل تطعمت ضد الإنفلونزا هذه السنة؟ نعم

يمكن للصيدلي ان يبلغك عما يمكنك ان تفعله لكي تتحسن ويعطيك كتيب بمزيد من المعلومات.

يرجى إبلاغ الصيدلي اذا احتجت هذه المعلومات بلغة أخرى.

→ برحى الاستمرار للصفحة التالية

ساعدنا بوضع علامة نعم 📎 او لا 🛇 أمام الجمل التالية:



أعرف ما يجب ان أفعله لو فوتت جرعة المضادات الحيوية.

أعرف ما هي الأعراض

الجانبية التي قد تنجم

عن المضادآت الحيوية

أعرف كم قد تدوم

نعم () لا ()

الأعراض.

أعرف اذا كان يجب ان أتناول المضادات الحيوية مع الطعام ام لا.

نعم 🔘 لا 🕒

أعرف لماذا يجب ان أتناول المضادات الحبوبة التي نصح بها الطبيب او الممرضة أو الصيدلي.



أعرف اذا كان يجب ان أتجنب الكحول اثناء تعاطى المضادات الحيوية.

- نعم 🗀 لا 🕒
- أعرف لماذا يجب على ألا اشارك المضادات الحبوبة او أحفظها للاستخدام فيما بعد.
 - نعم () لا ()



التي أتناولها.



أعرف متى يجب ان أحصل على مساعدة في معالجة الالتهاب.

نعم () لا ()

أعرف لماذا يجب ان أعبد أبة مضادات حبوبة غير مستهلكة للصيدلية.

نعم ⊜ لا ⊝

عند الضرورة، يسعدني ان يتصل بي شخصا نيابة عن الصحة العامة او

أريد ان يتم التواصل معى 🌑 بواسطة الهاتف واسطة البريد الإلكتروني.

يرجّي كتابة بريدك الإلكتروني او رقم هاتفك أدناه باستخدام حرف او رقم واحد في كل صندوق.

TARGET Antibiotics عن زيارتي اليوم.

ضع علامة أينما ينطبق.

overleaf and given advice as required.

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

Please continue overleaf ->

n/a yes no

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. treatment with the same antibiotic in the previous 3 months.This information is collected from page 1.			
the antibiotic against the local guidance.			
the antibiotic is appropriate for the infection indicated.			
the dose is correct for the indication and patient.			
the duration is correct for the indication.			
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
Clarithromycin	Phenoxymethylpenicillin (Penicillin	
T: 0 .	O - A ! - I	

Doxycycline Metronidazole Trimethoprim

I have discussed antibiotic resistance with the patient/carer as

the patient has had the same antibiotics in the last three months.

other Please specify the antibiotic in the space below.

Giving advice on antibiotics. Please tick as appropriate.

I have checked the Patient responses to the statements