

چک لیست آنتی بیوتیک

به ما کمک کنید تا تاثیرگذاری آنتی بیوتیک ها را حفظ کنیم.

لطفاً علامت بزنید

بله خیر

آیا آنتی بیوتیک ها برای شما هستند؟

اگر برای استفاده شما نیستند، لطفاً بقیه فرم را برای فرم نام برده شده در نسخه تکمیل کنید.

بله خیر نمی دانم

آیا داروهای دیگری نیز مصرف می کنید؟

بله خیر نمی دانم

آیا همین آنتی بیوتیک را در 3 ماه گذشته مصرف نموده اید؟

بله خیر نمی دانم

آیا به هر گونه آنتی بیوتیک حساسیت دارید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً اطلاعات زیر در مورد حساسیت خود را ارائه کنید:

نام آنتی
بیوتیکنوع
حساسیت

آیا یکی از این عفونتهای رایج را دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، علامت بزنید.



یا موردی دیگر؟

لطفاً در این قسمت پاسخ را مشخص کنید.

آیا این موارد در مورد شما صدق می کنند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، علامت بزنید.

بله خیر نمی دانم

آیا امسال واکسن آنفلوآنزا دریافت نموده اید؟

مسئول داروخانه می تواند به شما مواردی که با انجام آنها حال شما بهتر شود را توضیح دهد، و دفترچه ای حاوی اطلاعات بیشتر را به شما بدهد.

اگر این اطلاعات را به زبان دیگری می خواهید لطفاً به مسئول داروخانه اطلاع دهید.

→ به پشت صفحه مراجعه کنید

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.



