

Liste de vérification des antibiotiques

Aidez-nous à préserver l'efficacité des antibiotiques.

Veillez cocher

Ces antibiotiques vous sont-ils destinés ?

oui non

Dans le cas contraire, veuillez remplir le reste de ce formulaire pour la personne nommée sur l'ordonnance.

Prenez-vous d'autres médicaments ?

oui non ne sais pas

Avez-vous pris les mêmes antibiotiques au cours des 3 derniers mois ?

oui non ne sais pas

Êtes-vous allergique à certains antibiotiques ?

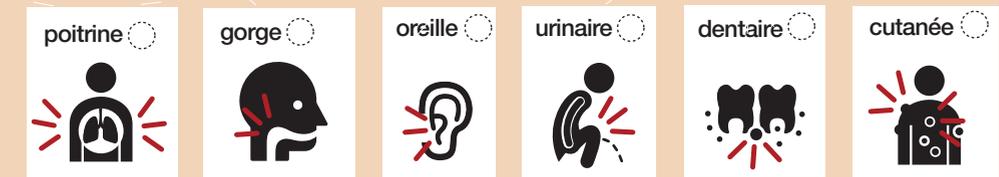
oui non ne sais pas

Le cas échéant, veuillez fournir les informations suivantes concernant votre allergie :

Nom de l'antibiotique Type d'allergie

Présentez-vous l'une de ces infections courantes ?

Cochez le cas échéant.



Ou autre chose ?

Veillez l'indiquer ici.

Cette description vous correspond-elle ?

Cochez le cas échéant.



Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe cette année ?

oui non ne sais pas

Votre pharmacien peut vous parler des mesures que vous pouvez prendre pour vous aider à aller mieux et vous remettre une brochure contenant de plus amples informations.

Si vous avez besoin de ces informations dans une autre langue, veuillez l'indiquer à votre pharmacien.

Suite au verso →

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.



