

Lista kontrolna dotycząca antybiotyków

Pomóż utrzymać skuteczność antybiotyków.

Należy zaznaczyć odpowiednie pole

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.



Czy antybiotyki są dla Ciebie? tak nie

Jeśli leki nie są przeznaczone dla Ciebie, wypełnij pozostałą część tego formularza w imieniu osoby, której dane podane są na recepcji

Czy zażywasz jakiegokolwiek inne leki? tak nie nie wiem

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy przyjmowałeś(-aś) te same antybiotyki? tak nie nie wiem

Czy jesteś uczulony(-a) na jakiegokolwiek antybiotyki? tak nie nie wiem

Jeśli tak, podaj następujące informacje o swojej alergii:

Nazwa antybiotyku Rodzaj alergii

Czy występują u Ciebie którekolwiek z poniższych infekcji? Zaznacz odpowiednie pole.

klatka piersiowa <input type="radio"/> 	gardło <input type="radio"/> 	ucho <input type="radio"/> 	mocz <input type="radio"/> 	ząb <input type="radio"/> 	skóra <input type="radio"/>
--	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Inne?
Należy podać szczegóły w tym polu.

Czy poniższe okoliczności występują w Twoim przypadku? Zaznacz odpowiednie pole.

problem z czynnością nerek <input type="radio"/> 	problem z czynnością wątroby <input type="radio"/> 	karmienie piersią <input type="radio"/> 	ciąża <input type="radio"/> 	wiek powyżej 65 lat <input type="radio"/>
--	--	---	---------------------------------	---

Czy przyjąłeś(-ęłaś) w tym roku szczepionkę przeciw grypie? tak nie nie wiem

Farmaceuta może udzielić informacji o tym, co możesz zrobić, aby poczuć się lepiej, a także wręczyć ulotkę z dodatkowymi informacjami.

Jeśli potrzebujesz tych informacji w innym języku, poinformuj o tym farmaceutę.

Ciąg dalszy na następnej stronie →

Zaznacz odpowiednie pole tak lub nie przy poniższych stwierdzeniach:

 <p>Wiem, co należy zrobić, jeśli pominię dawkę antybiotyków.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, czy moje antybiotyki powinny być przyjmowane z jedzeniem czy bez.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, dlaczego muszę przyjmować antybiotyki zgodnie z zaleceniami lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>
 <p>Znam działania niepożądane, jakie mogą wystąpić po zażyciu antybiotyków.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, czy muszę unikać alkoholu podczas przyjmowania antybiotyków.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, dlaczego nigdy nie wolno mi dzielić się moimi antybiotykami ani przechowywać ich do późniejszego zastosowania.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>
 <p>Wiem, jak długo mogą trwać moje objawy.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, kiedy należy szukać dalszej pomocy w związku z infekcją.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>	 <p>Wiem, dlaczego należy zwrócić do apteki wszystkie niewykorzystane antybiotyki.</p> <p>tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/></p>

W razie potrzeby wyrażam zgodę, aby personel Public Health lub TARGET Antibiotics skontaktował się ze mną w sprawie mojej dzisiejszej wizyty.

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny e-mailowy. Zaznacz właściwe pole.

Poniżej podaj swój adres e-mail lub numer telefonu komórkowego, wpisując jedną literę lub cyfrę w każdym polu.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. <small>This information is collected from page 1.</small>	<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

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> None | <input type="radio"/> Amoxicillin | <input type="radio"/> Flucloxacillin | <input type="radio"/> Nitrofurantoin |
| <input type="radio"/> Doxycycline | <input type="radio"/> Clarithromycin | <input type="radio"/> Phenoxymethylpenicillin (Penicillin V) | |
| <input type="radio"/> Metronidazole | <input type="radio"/> Trimethoprim | <input type="radio"/> 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 →