

Lista de verificare a antibioticelor

Ajutați-ne ca să facem antibioticele să aibă un efect benefic

Vă rugăm bifați

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.



Aceste antibiotice sunt pentru dumneavoastră? da nu

Dacă nu sunt pentru dumneavoastră, vă rugăm completați restul formularului pentru persoana specificată pe rețetă

Mai luați și alte medicamente? da nu nu știu

Ați luat aceleași antibiotice în ultimele trei luni? da nu nu știu

Aveți alergii la vreun antibiotic? da nu nu știu

Dacă da, vă rugăm să ne furnizați următoarele informații despre alergiile dumneavoastră:

Numele antibioticului Tipul de alergie

Suferiți de vreuna dintre aceste infecții obișnuite? Bifați dacă da.



Sau altceva?
Vă rugăm menționați aici.

Aceasta se potrivește la dumneavoastră? Bifați dacă da.



Vi s-a administrat vaccinul antigripal anul acesta? da nu nu știu

Farmacistul dumneavoastră vă poate îndruma cu privire la lucrurile pe care le puteți face pentru a vă simți mai bine și vă va oferi o broșură cu informații suplimentare.

Vă rugăm comunicați farmacistului dumneavoastră dacă aveți nevoie de aceste informații într-o altă limbă.

Continuați pe pagina următoare →

Pentru ca noi să vă putem ajuta, vă rugăm să bifați: da sau nu prin următoarele declarații:

 <p>Știu ce trebuie să fac dacă nu iau o doză din antibioticele mele.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu dacă antibioticele mele se iau cu sau fără mâncare.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu de ce trebuie să-mi iau antibioticele așa cum am fost sfătuit de doctor, asistenta medicală sau farmacist.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>
 <p>Cunosc efectele secundare pe care le pot avea antibioticele mele.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu dacă trebuie să evit consumul de alcool în timp ce îmi iau antibioticele.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu de ce nu trebuie să dau antibioticele mele altcuiva sau cum să le păstrez pentru utilizare ulterioară.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>
 <p>Știu cât timp vor dura simptomele mele.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu când trebuie să cer ajutor suplimentar în legătură cu infecția de care sufăr.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>	 <p>Știu de ce trebuie să înapoiez antibioticele nefolosite la farmacie.</p> <p>da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/></p>

Daca este nevoie, sunt dispus (ă) să discut cu cineva din partea Departamentului de Sănătate Publică sau TARGET Antibiotics în legătură cu programarea mea de astăzi.

Aș dori să fiu contactat/-ă pe mobil pe e-mail. Bifați acolo unde este cazul.

Vă rugăm să menționați mai jos adresa dumneavoastră de e-mail sau numărul de mobil, scriind fiecare literă sau număr în căsuța aferentă.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... treatment with the same antibiotic in the previous 3 months. This information is collected from page 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... the antibiotic against the local guidance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... the antibiotic is appropriate for the infection indicated.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... the dose is correct for the indication and patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... the duration is correct for the indication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 →