

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.



ஆண்டிபயாடிக் சரிபார்ப்பு பட்டியல்

நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் தொடர்ந்து செயல்பட எங்களுக்கு உதவுங்கள்.
தயவுசெய்து டிக் செய்யவும்.

நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் உங்களுக்காகவா? ஆம் இல்லை

அவை உங்களுக்காக இல்லை என்றால், மருந்துச் சீட்டில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள
நபருக்காக எனில் இந்தப் படிவத்தின் மீதமுள்ளவற்றை நிரப்பவும்.

நீங்கள் வேறு ஏதேனும் மருந்துகளை
எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை தெரியாது

கடந்த 3 மாதங்களில் இதே நுண்ணுயிர்
எதிர்ப்பிகளை எடுத்துக் கொண்டீர்களா? ஆம் இல்லை தெரியாது

உங்களுக்கு ஏதேனும் ஆண்டிபயாடிக் குகள்
ஒவ்வாமை உள்ளதா? ஆம் இல்லை தெரியாது

ஆம் எனில், உங்கள் ஒவ்வாமை பற்றிய பின்வரும் தகவலை வழங்கவும்:

ஆண்டிபயாடிக் பெயர் ஒவ்வாமை வகை

உங்களுக்கு இந்த பொதுவான தொற்றுகள் ஏதேனும் உள்ளதா?

ஆம் எனில் டிக் செய்யவும்.



அல்லது வேறு ஏதாவது?

தயவுசெய்து இங்கே குறிப்பிடவும்.

இது உங்களை விவரிக்கிறதா? ஆம் எனில் டிக் செய்யவும்.



இந்த ஆண்டு உங்களுக்கு காய்ச்சல்
தடுப்பூசி இருந்ததா?










ஆம் இல்லை தெரியாது

நீங்கள் சிறந்து விளங்குவதற்கு நீங்கள் செய்யக்கூடிய விஷயங்களைப் பற்றி
உங்கள் மருந்தாளர் உங்களுக்குச் சொல்லலாம் மேலும் தகவலுடன் ஒரு துண்டுப்
பிரசுரத்தை உங்களுக்கு வழங்கலாம்.

உங்களுக்கு வேறு மொழியில் இந்தத் தகவல் தேவைப்பட்டால்,
உங்கள் மருந்தாளருக்குத் தெரியப்படுத்தவும்.

மேலோட்டமாகத் தொடரவும் →

டிக் செய்து உங்களுக்கு உதவ எங்களுக்கு உதவுங்கள் ஆம் அல்லது இல்லை
பின்வரும் அறிக்கைகள் மூலம்:

 <p>எனது நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளின் அளவை தவறவிட்டால் என்ன செய்வது என்று எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>எனது நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளை உணவுடன் அல்லது இல்லாமல் எடுக்க வேண்டுமா என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>எனது மருத்துவர், செவிலியர் அல்லது மருந்தாளரின் ஆலோசனைப்படி நான் ஏன் நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளை எடுக்க வேண்டும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>
 <p>எனது நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளால் நான் பெறக்கூடிய பக்க விளைவுகள் பற்றி எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>நான் நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளை எடுத்துக் கொள்ளும்போது மதுவைத் தவிர்க்க வேண்டுமா என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>எனது நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளை நான் ஏன் ஒருபோதும் பகிரக்கூடாது அல்லது பிற்கால பயன்பாட்டிற்காக வைத்திருக்கக்கூடாது என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>
 <p>எனது அறிகுறிகள் எவ்வளவு காலம் நீடிக்கும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>எனது நோய்த்தொற்றுக்கு நான் எப்போது கூடுதல் உதவியை நாட வேண்டும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>	 <p>பயன்படுத்தப்படாத ஆன்டிபயாடிக்ுகளை நான் ஏன் மருந்தகத்திற்கு திருப்பி அனுப்ப வேண்டும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.</p> <p>ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/></p>

தேவைப்பட்டால், பொது சுகாதாரம் அல்லது TARGET நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் சார்பாக யாராவது இன்று எனது வருகை குறித்து என்னைத் தொடர்புகொள்வதில் மகிழ்ச்சி அடைகிறேன்.

நான் மின்னஞ்சல் மூலம் மொபைல் மூலம் தொடர்பு கொள்ள விரும்புகிறேன். பொருத்தமான இடத்தில் டிக் செய்யவும்.

ஒரு பெட்டிக்கு ஒரு எழுத்து அல்லது எண்ணைப் பயன்படுத்தி உங்கள் மின்னஞ்சல் அல்லது மொபைல் எண்ணை கீழே எழுதவும்.

<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 →