

Antibiyotik Kontrol Listesi

Antibiyotiklerin İşe Yaraması için Bize Yardımcı Olun.

Lütfen işaretleyin

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.



Antibiyotikler sizin için mi? evet hayır

Sizin için değilse, lütfen formun geri kalanını
reçetenin üzerinde adı geçen kişi için doldurun

Başka herhangi bir ilaç alıyor musunuz? evet hayır bilmiyorum

Aynı antibiyotiği son 3 ay içinde aldınız mı? evet hayır bilmiyorum

Herhangi bir antibiyotiğe karşı alerjiniz var mı? evet hayır bilmiyorum

Varsa, lütfen alerjinizle ilgili aşağıdaki bilgileri sağlayın:

Antibiyotik
adı

Alerji
türü

Aşağıdaki yaygın enfeksiyonlardan birine sahip misiniz? Evet ise işaretleyin.

göğüs <input type="checkbox"/>	boğaz <input type="checkbox"/>	kulak <input type="checkbox"/>	idrar <input type="checkbox"/>	diş <input type="checkbox"/>	cilt <input type="checkbox"/>

Ya da başka bir şey?

Lütfen burada belirtin.

Aşağıdakiler sizi tanımlıyor mu? Evet ise işaretleyin.

böbrek işlevi problemi <input type="checkbox"/>	karaciğer işlevi problemi <input type="checkbox"/>	emzirme <input type="checkbox"/>	hamile <input type="checkbox"/>	65 yaş üstü <input type="checkbox"/>

Bu yıl grip aşısı oldunuz mu? evet hayır bilmiyorum

Eczacınız size iyileşmek için yapabileceğiniz şeyleri söyleyebilir ve daha fazla bilgi
içeren bir broşür verebilir.

Bu bilgiyi farklı bir dilde istiyorsanız lütfen bunu eczacınıza belirtin.

Lütfen arka sayfada devam edin →

Aşağıdaki ifadeler için evet ya da hayır yanıtını işaretleyerek size yardımcı olmamızı sağlayın:

 <p>Bir antibiyotik dozumu kaçırsam ne yapacağımı biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Antibiyotiklerimin tok karnına mı yoksa aç karnına mı alınacağını biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Antibiyotiklerimi neden doktorum, hemşirem ya da eczacımın söylediği şekilde almam gerektiğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>
 <p>Antibiyotiklerimin sebep olabileceği yan etkileri biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Antibiyotiklerimi alırken alkolden kaçınmam gerekip gerekmediğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Antibiyotiklerimi neden asla birisiyle paylaşmamam ya da daha sonra kullanmak için saklamamam gerektiğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>
 <p>Belirtilerimin ne kadar süreceğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Enfeksiyonum hakkında ne zaman daha fazla yardım almam gerektiğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>	 <p>Kullanmadığım herhangi bir antibiyotiği eczaneye neden iade etmem gerektiğini biliyorum.</p> <p>evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/></p>

Gerekirse, Public Health (Kamu Sağlığı Kurumu) ya da TARGET Antibiotics temsilcisinin bugünkü ziyaretim hakkında benimle iletişim kurmasında bir sakınca yok.

cep telefonu e-posta aracılığıyla iletişim kurulmasını tercih ederim.

Uygun yeri işaretleyin.

Lütfen kutucuk başına bir harf ya da rakam kullanarak e-postanızı ya da cep telefonu numaranızı aşağıya yazın.

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

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 →