

## অ্যান্টিবায়োটিক চেকলিস্ট

অ্যান্টিবায়োটিক যাতে কাজ করে তার জন্য আমাদের সাহায্য করুন।

অনুগ্রহ করে টিক দিন

অ্যান্টিবায়োটিকগুলো কি আপনার জন্য? হ্যাঁ  না 

যদি সেগুলি আপনার জন্য না হয়, অনুগ্রহ করে প্রেসক্রিপশনে নাম দেওয়া ব্যক্তির জন্য এই ফর্মের বাকি অংশটি পূরণ করুন।

আপনি কি অন্য কোনও ওষুধ খাচ্ছেন? হ্যাঁ  না  জানি না আপনি কি গত 3 মাস যাবত একই অ্যান্টিবায়োটিক গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ  না  জানি না আপনার কি কোনো অ্যান্টিবায়োটিক থেকে অ্যালার্জি আছে? হ্যাঁ  না  জানি না 

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে আপনার অ্যালার্জি সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

অ্যান্টিবায়োটিক  
এর নামঅ্যালার্জির  
ধরন

আপনার কি এই সাধারণ সংক্রমণগুলোর কোনটি আছে? টিক দিন হ্যাঁ হলে।

অথবা অন্য কিছু? 

এখানে ইঙ্গিত করুন।

এটি কি আপনাকে বর্ণনা করে? টিক দিন হ্যাঁ হলে।

আপনি কি এই বছর ফ্লু ভ্যাকসিন নিয়েছেন? হ্যাঁ  না  জানি না 

আপনার ফার্মাসিস্ট আপনাকে ভাল হতে সাহায্য করার জন্য আপনি যে জিনিসগুলি করতে পারেন সে সম্পর্কে আপনাকে বলতে পারেন এবং আপনাকে আরও তথ্যসহ একটি লিফলেট দিতে পারেন।

যদি আপনার এই তথ্যটি অন্য ভাষায় প্রয়োজন হয় অনুগ্রহ করে  
আপনার ফার্মাসিস্টকে জানান।

অপর পৃষ্ঠায় যান →

To access the TARGET Antibiotics patient leaflets,  
scan the QR code or visit:[www.RCGP.org.uk/TARGET-patient-leaflets](http://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.



আপনাকে সাহায্য করতে নিম্নলিখিত বিবৃতিতে হ্যাঁ বা না টিক দিয়ে আমাদের সাহায্য করুন:

 <p>যদি আমি আমার অ্যান্টিবায়োটিকের একটি ডোজ মিস করি তাহলে কী করতে হবে তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>আমার অ্যান্টিবায়োটিক খাবারের সাথে নাকি খাবার ছাড়া নেওয়া উচিত তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>কেন আমার ডাক্তার, নার্স বা ফার্মাসিস্টের পরামর্শ অনুযায়ী আমার অ্যান্টিবায়োটিক নিতে হবে তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>
 <p>আমি আমার অ্যান্টিবায়োটিক থেকে যে পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া পেতে পারি সে সম্পর্কে আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>আমি আমার অ্যান্টিবায়োটিক গ্রহণ করার সময় অ্যালকোহল এড়াতে হবে কিনা তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>কেন আমি আমার অ্যান্টিবায়োটিক শেষার করব না বা পরে ব্যবহারের জন্য রাখব না তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>
 <p>আমার লক্ষণগুলি কতদিন স্থায়ী হতে পারে তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>কখন আমার সংক্রমণের জন্য আমার আরও সাহায্য নেওয়া উচিত তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>	 <p>কেন আমাকে ফার্মেসিতে অব্যবহৃত অ্যান্টিবায়োটিক ফেরত দিতে হবে তা আমি জানি। হ্যাঁ <input type="radio"/> না <input type="radio"/></p>

প্রয়োজনে, পাবলিক হেলথ বা TARGET অ্যান্টিবায়োটিকের পক্ষ থেকে কেউ আমার আজকের সফর সম্পর্কে আমার সাথে যোগাযোগ করলে আমি খুশি।

আমার সাথে যোগাযোগ করতে আমার পছন্দ  মোবাইলের মাধ্যমে  ইমেইলের মাধ্যমে

যেখানে উপযুক্ত সেখানে টিক দিন।

অনুগ্রহ করে নিচে আপনার ইমেইল বা মোবাইল নম্বর লিখুন, প্রতি বক্সে একটি অক্ষর বা নম্বর ব্যবহার করে।

<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... treatment with the same antibiotic in the previous 3 months. This information is collected from page 1.	<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.

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 →