

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.



## એન્ટિબાયોટિક્સ તપાસયાદી

એન્ટિબાયોટિક્સને કામ કરતી રાખવા માટે અમારી મદદ કરો.

મહેરબાની કરીને ટિક કરો

એન્ટિબાયોટિક્સ તમારા માટે છે?

હા  ના

જો તે તમારા માટે ન હોય, તો કૃપા કરીને પ્રિસ્ક્રિપ્શન પર જે વ્યક્તિનું નામ લખેલું હોય તેમના માટે આ બાકીનું ફોર્મ ભરો.

તમે બીજી કોઈ દવાઓ લો છો?

હા  ના  ખબર નથી

તમે છેલ્લા ૩ મહિનામાં આ જ એન્ટિબાયોટિક્સ લીધેલી છે?

હા  ના  ખબર નથી

તમને કોઈ એન્ટિબાયોટિક્સની એલર્જી છે?

હા  ના  ખબર નથી

જો હો, તો કૃપા કરીને તમારી એલર્જી વિશે નીચેની માહિતી પૂરી પાડો:

એન્ટિબાયોટિક્સનું  
નામ

એલર્જીનો  
પ્રકાર

તમને આમાંથી કોઈ સાધારણ ઈન્ફેક્શન થયેલું છે?

જો હા, તો  ટિક કરો.

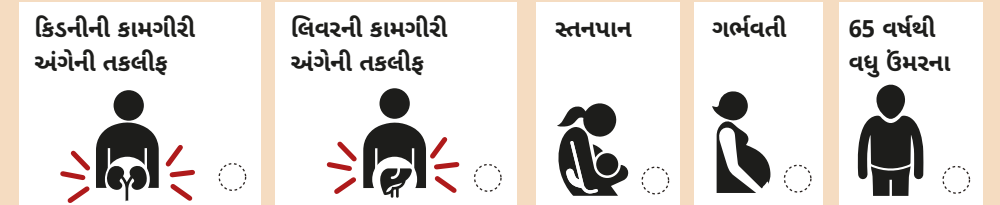


કે બીજું કંઈ?

કૃપા કરીને અહીં જણાવો.

આ તમારું વર્ણન કરે છે?

જો હા, તો  ટિક કરો.



તમે આ વર્ષે ફ્લૂની રસી લીધેલી છે?

હા  ના  ખબર નથી

તમને સારા થવામાં મદદ માટે તમે શું કરી શકો તે બાબતો તમારા ફાર્મસિસ્ટ તમને કહી શકે છે અને વધુ માહિતી આપતી પત્રિકા તમને આપી શકે છે.

તમને આ માહિતી બીજી કોઈ ભાષામાં જોઈતી હોય તો કૃપા કરીને તમારા ફાર્મસિસ્ટને જણાવો.

કૃપા કરીને પાછળ વાંચવાનું ચાલુ રાખો →

નીચેનાં બયાનોની બાજુમાં હા  અથવા ના  ટિક સામે કરીને તમારી મદદ કરવામાં અમને મદદ કરો:

 <p>મારી એન્ટિબાયોટિક્સનો ડોઝ લેવાનું હું ચૂકી જાઉં તો શું કરવું તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>મારી એન્ટિબાયોટિક્સ ખોરાકની સાથે કે તેના વગર લેવાની છે તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>મારા ડોક્ટર, નર્સ કે ફાર્મસિસ્ટે આપેલી સલાહ અનુસાર મારી એન્ટિબાયોટિક્સ મારે શા માટે લેવી જ જોઈએ તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>
 <p>મારી એન્ટિબાયોટિક્સની કદાચ થઈ શકે તેવી આડઅસરોની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>મારી એન્ટિબાયોટિક્સ લેતો/લેતી હોઉં તે દરમિયાન મારે આલ્કોહોલ પીવાનું ટાળવું જોઈએ કે નહિ તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>મારી એન્ટિબાયોટિક્સ મારે શા માટે બીજાં ન જ આપવી જોઈએ કે બાદમાં વાપરવા માટે ન જ મૂકી રાખવી જોઈએ તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>
 <p>મારા ચિહ્નો કેટલા સમય સુધી ચાલવાની શક્યતા છે તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>મારા ઈન્ફેક્શન અંગે મારે વધારે મદદ ક્યારે મેળવવી જોઈએ તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>	 <p>નહિ વપરાયેલી કોઈ પણ એન્ટિબાયોટિક્સ મારે શા માટે ફાર્મસીમાં પાછી આપી દેવી જ જોઈએ તેની મને ખબર છે.</p> <p>હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/></p>

જરૂર પડે તો, મારી આજની મુલાકાત વિશે **Public Health** અથવા **TARGET Antibiotics** વિભાગ વતી કોઈ મારો સંપર્ક કરે તે માટે હું રાજી છું.

મારો સંપર્ક  મોબાઈલ મારફતે  ઈમેઈલ મારફતે કરવામાં આવે એમ હું ઈચ્છું છું.

યોગ્ય હોય ત્યાં ટિક કરો.

કૃપા કરીને નીચે એક ખાનામાં એક અક્ષર કે નંબર લખીને તમારું ઈમેઈલ સરનામું અથવા મોબાઈલ નંબર લખો.

<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

- ... for allergies, risk factors, other medication interactions.  n/a  yes  no
- ... treatment with the same antibiotic in the previous 3 months.  n/a  yes  no  
This information is collected from page 1.
- ... the antibiotic against the local guidance.  n/a  yes  no
- ... the antibiotic is appropriate for the infection indicated.  n/a  yes  no
- ... the dose is correct for the indication and patient.  n/a  yes  no
- ... the duration is correct for the indication.  n/a  yes  no

**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.  n/a  yes  no

I have checked the Patient responses to the statements overleaf and given advice as required.  n/a  yes  no

Tick the circles  next to the statements opposite when the advice has been given.

Please continue overleaf →