पता नहीं

To access the TARGET Antibiotics patient leaflets, scan the QR code or visit:

www.RCGP.org.uk/TARGET-patient-leaflets

Ш	have gi	ven t	the fo	ollow	ing pa	tient	info	ormati	on	eaf	let
---	---------	-------	--------	-------	--------	-------	------	--------	----	-----	-----

- UTI UTI for older adults
- 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:

dental

- 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.





एंटीबायोटिक चेकलिस्ट

एंटीबायोटिक को प्रभावी बनाए रखने में हमारी मदद करें।

कपया सही का चिह्न लगाएं 🧭

नहीं

क्या यह एंटीबायोटिक्स आपके लिए हैं? अगर यह आपके लिए नहीं हैं, तो कृपया इस फॉर्म के बाकी के हिस्से को

उस व्यक्ति के लिए भरें जिसका नाम प्रेस्क्रिप्शन पर लिखा है

क्या आप कोई अन्य दवाइयां ले रहे हैं? क्या आप पिछले 3 महीनों में वही एंटीबायोटिक्स लिए हैं?

पता नहीं

क्या आपको किसी भी एंटीबायोटिक्स से एलर्जी है?

पता नहीं

अगर हाँ तो कपया अपनी एलर्जी के बारे में निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

एंटीबायोटिक का नाम

एलर्जी का प्रकार

क्या आपको इन आम संक्रमणों में से कोई हैं? अगर हाँ हो 🧭 तो सही का चिह्न लगाएं।

छाती











या कुछ और? कपया यहाँ बताएं।

क्या यह आपका वर्णन करता है? अगर हाँ हो 🧭 तो सही का चिह्न लगाएं।

गुर्दे की कार्यक्षमता में समस्या







बच्चे को अपना दध पिलाना



गर्भावस्था 65 से अधिक उम्र



क्या आपने इस साल फ्लू का टीका लगवाया है?

हाँ 🦳

नहीं

आपका फार्मासिस्ट आपको उन चीज़ों के बारे में बता सकता है जो आपको बेहतर होने में मदद कर सकते हैं, और वे आपको अधिक जानकारी वाला एक लीफलेट भी दे सकते हैं।

अगर आपको यह जानकारी किसी अन्य भाषा में चाहिए तो कपया अपने फार्मासिस्ट को सुचित करें।

कपया अगले पष्ठ पर जाएं →

निम्नलिखित कथनों पर सही का चिह्न लगाकर हाँ 🚫 या नहीं 🕥 कृपया हमारी मदद करें ताकि हम आपकी सहायता कर सकें:



मुझे पता है कि अगर मैं अपने एंटीबायोटिक का एक डोज लेना भूल जाऊँ तो मुझे क्या करना चाहिए।





मुझे पता है कि मेरे एंटीबायोटिक्स को खाने के साथ लेना है या फिर उसके बिना।





मुझे पता है कि मुझे क्यों अपने डॉक्टर, नर्स या फार्मासिस्ट की सलाह के अनुसार अपने एंटीबायोटिक्स लेने चाहिए।



मुझे अपने एंटीबायोटिक्स के दुष्प्रभावों के बारे में पता है।





मुझे पता है कि मेरे एंटीबायोटिक्स को लेने के दौरान मुझे शराब से परहेज़ करना चाहिए या नहीं।





मुझे पता है कि मुझे क्यों अपने एंटीबायोटिक्स कभी भी साझे नहीं करने चाहिए या फिर बाद में इस्तेमाल करने के लिए सहेज कर नहीं रखने चाहिए।



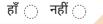


मुझे पता है कि मेरे लक्षण संभवतः कितने समय तक चलेंगे।





मुझे पता है कि मेरे संक्रमण के मामले में मुझे कब अधिक सहायता मांगनी चाहिए।





मुझे पता है कि मुझे क्यों किसी भी अप्रयुक्त एंटीबायोटिक्स को फार्मेसी के पास वापस लौटाना चाहिए।



अगर ज़रूरत पड़े तो, मेरे आज की विजिट के बारे में अगर पब्लिक हेल्थ या TARGET एंटीबायोटिक्स से कोई मेरे साथ संपर्क करना चाहिए तो उससे मुझे कोई आपत्ती नहीं है। मैं इस ज़रिए से संपर्क किया जाना पसंद करूँगा/गी

मोबाइल द्वारा
ईमेल द्वारा। जहाँ उचित हो वहाँ सही का चिह्न लगाएं।

प्रत्येक बॉक्स में एक अक्षर या संख्या लिख कर कृपया अपना ईमेल या मोबाइल नंबर नीचे लिखें।

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.			
treatment with the same antibiotic in the previous 3 months. This information is collected from page 1.			
the antibiotic against the local guidance.			
the antibiotic is appropriate for the infection indicated.			
the dose is correct for the indication and patient.			
the duration is correct for the indication.			
I have contacted the prescriber about this antibiotic prescription. Please write the reason and outcome below.	n/a	yes	no
presentation is rease with the reason and outcome below.			

The following antibiotics have been dispensed

None		Amoxicillin		Flucloxacillin		Nitrofurantoin	
Doxycycline		Clarithromycin		Phenoxymethyl	peni	icillin (Penicillin	٧
Metronidazole		Trimethoprim		Co-Amoxiclav			
other Please specify the antibiotic in the space below.							

Giving advice on antibiotics. Please tick as appropriate.

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

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 onext to the statements opposite when the advice has been given.

Please continue overleaf ->