

Antibiotikų kontrolinis sąrašas

Padėkite mums, kad antibiotikai veiktų.

Pažymėkite

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.



Ar antibiotikai skirti jums? taip ne

Jeigu jie nėra skirti jums, užpildykite likusią anketą ant recepto nurodyto asmens vardu

Ar vartojate kokius nors kitus vaistus? taip ne nežinau

Ar jūs vartojate tuos pačius antibiotikus per paskutinius 3 mėnesius? taip ne nežinau

Ar jūs esate alergiški kokiems nors antibiotikams? taip ne nežinau

Jeigu taip, nurodykite toliau pateiktą informaciją apie jūsų alergiją:

Antibiotikų pavadinimas Alergijos tipas

Ar turite kurią nors iš šių paplitusių infekcijų? Pažymėkite varnelę jeigu taip.



Ar turite kitokią infekciją?
Prašome nurodyti čia.

Ar tai apibūdina jūsų situaciją? Pažymėkite varnelę jeigu taip.












Ar šiemet skiepijotės nuo gripo? taip ne nežinau

Jūsų vaistininkas gali papasakoti jums apie tai, ką galite padaryti, kad pasijaustumėte geriau ir duoti jums lankstinuką, kuriame būtų daugiau informacijos.

Informuokite savo vaistininką, jeigu jums reikia šios informacijos kita kalba.

Daugiau informacijos rasite kitoje pusėje →

Padėkite mums, kad galėtume padėti jums, pažymėdami taip arba ne
prie toliau pateiktų pareiškimų:

 <p>Aš žinau, ką turiu daryti, jeigu praleidžiu vieną dozę savo antibiotikų.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, ar mano antibiotikai turi būti geriami su maistu ar be maisto.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, kodėl privalau išgerti savo antibiotikus taip, kaip nurodė gydytojas, slaugytojas ar vaistininkas.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>
 <p>Aš žinau apie šalutinį poveikį, kuris gali pasireikšti dėl antibiotikų.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, ar man reikia vengti alkoholio, kol vartoju antibiotikus.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, kodėl niekada negaliu dalintis savo antibiotikais ar išsaugoti jų vėlesniam naudojimui.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>
 <p>Aš žinau, kiek ilgai mano simptomai tikėtina, jog gali tęstis.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, kada turiu kreiptis tolesnės pagalbos dėl savo infekcijos.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>	 <p>Aš žinau, kodėl turiu grąžinti nesunaudotus antibiotikus į vaistinę.</p> <p>taip <input type="radio"/> ne <input type="radio"/></p>

Jeigu reikia, aš neprieštarauju, jog visuomenės sveikatos ar „TARGET Antibiotics“ atstovas susisiektų su manimi dėl mano vizito šiandien.

Norėčiau, jog su manimi susisiektų mobiliuoju telefonu elektroniniu paštu.
Pažymėkite, kur tinkama.

Nurodykite savo elektroninį pašta ar mobilųjį telefono numerį žemiau, į langelį įrašydami po vieną raidę ar skaičių.

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

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. <small>This information is collected from page 1.</small>	<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. 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 →