

فرم تجویز منطقی ونکومایسین (Vancomycin stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز ونکومایسین بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
0 شیردهی	0 بارداری	0 جنس	

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		نوع میکرووارگانیسم:
تاریخ:	محل کشش:	آنتی بیوگرام:

کانون احتمالی عفونت									
0 سایر(نکر) (شود)	0 پوست و بافت نرم	0 مجاري ادراری/کلیه	0 استخوان/ مفصل	0 سیستم عصبي/مغز	0 دستگاه تنفس	0 داخل شکمی	0 کانتر عروق مرکزي	0 قلب	0 باکتریمي

دوره درمانی:
دوز مصرفی: دورة درمانی:(به روز)

- ❖ این فرم صرفا برای دریافت ونکومایسین برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- ❖ حداقل دوره درمان با ونکومایسین نهایتا ۶-۴ هفته می باشد.
- ❖ تحويل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- ❖ در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل می باشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی آمفوتیریسین B لیپوزومال (Amphotericin B Liposomal stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز آمفوتیریسین B لیپوزومال بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه میشود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموکرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
0 شیردهی	0 بارداری	0 جنس	

علائم حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج قارچ شناسی (کشت، اسمیر، پاتولوژی)		
تاریخ:	محل کشف:	نوع میکروارگانیسم: گا الакتومنان:

کانون احتمالی عفونت									
0 سایر(ذکر شود)	0 پوست و بافت نرم	0 مجاری ادراری/کلیه	0 استخوان/ مفصل	0 عصبی/مغز	0 سیستم تنفسی/ سینوس	0 داخل شکمی	0 کاتتر عروق مرکزی	0 قلب	0 فونگی

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- این فرم صرفا برای دریافت آمفوتیریسین B لیپوزومال برای هفت روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- حداکثر دوره درمان با آمفوتیریسین B لیپوزومال نهایتا ۴-۶ هفته میباشد.
- تحویل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی ایمپینم/مروپینم (Carbapenems stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز ایمپینم/مروپینم بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه میشود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار				
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام	جنس
0 شیردهی	0 بارداری	0 باشد		

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		نوع میکرووارگانیسم:
تاریخ:	محل کشf:	آنتی بیوگرام:

کانون احتمالی عفونت									
0 سایر(نکر شود)	0 پوست و بافت نرم	0 مجاري ادراري/کلائيه	0 استخوان/ مفصل	0 سیستم عصبی/مغز	0 دستگاه تنفس	0 داخل شکمی	0 کانتر عروق مرکزي	0 قلب	0 باکتریمي

دوره درمان:(به روز)	دوز مصرفی:

- ❖ این فرم صرفا برای دریافت ایمپینم/مروپینم برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- ❖ حداقل دوره درمان با ایمپینم/مروپینم نهایتاً ۶-۴ هفته میباشد.
- ❖ تحويل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- ❖ در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی تیکوپلانین (Teicoplanin stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز تیکوپلانین بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
شیردهی ۰		بارداری ۰	جنس

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		نوع میکرووارگانیسم:
تاریخ:	محل کشf:	آنتی بیوگرام:

کانون احتمالی عفونت									
۰ سایر(نکر شود)	۰ پوست و بافت نرم	۰ مجاری ادراری/کلیه	۰ استخوان/ مفصل	۰ سیستم عصبی/مغز	۰ دستگاه تنفس	۰ داخل شکمی	۰ کانتر عروق مرکزی	۰ قلب	۰ باکتریمی

دوره درمان: (به روز)	دوز مصرفی:

- این فرم صرفا برای دریافت تیکوپلانین برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- حداکثر دوره درمان با تیکوپلانین نهایتاً ۶-۴ هفته می باشد.
- تحویل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحویل می باشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی کاسپوفانژین (Caspofungin stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز کاسپوفانژین بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
شیردهی ۰		بارداری ۰	جنس

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر، پاتولوژی)		نوع میکروارگانیسم:
تاریخ:	محل کشf:	گالاکتومنان:

کانون احتمالی عفونت									
۰ سایر(ذکر شود)	۰ پوست و بافت نرم	۰ مجاری ادراری/کلیه	۰ استخوان/ مفصل	۰ سیستم عصبی/مغز	۰ سستگاه تنفس/سینوس	۰ داخل شکمی	۰ کانتر عروق مرکزی	۰ قلب	۰ فونگی

دوز مصرفی:
دوره درمان:(به روز)

- این فرم صرفا برای دریافت کاسپوفانژین برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- حداکثر دوره درمان با کاسپوفانژین نهایتا ۶-۴ هفته می باشد.
- تحویل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل می باشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی کولیستین (Colistin stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز کولیستین بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار				
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام	جنس
0 شیردهی	0 بارداری	0 باشد	0 جنس	

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		نوع میکرووارگانیسم:
تاریخ:	محل کشf:	آنتی بیوگرام:

کانون احتمالی عفونت													
0 باکتریومی	0 قلب	0 کاتتر عروق	0 داخل	0 تنفس	0 سستگاه	0 عصبی/مغز	0 مفصل	0 استخوان /	0 مجاری	0 ادراری/کلیه	0 بافت نرم	0 پوست و	0 سایر(ذکر شود)

دوره درمانی:
دوز مصرفی: دوره درمانی:(به روز)

- ❖ این فرم صرفا برای دریافت کولیستین برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- ❖ حداقل دوره درمان با کولیستین نهایتا ۶-۴ هفته می باشد.
- ❖ تحويل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- ❖ در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل می باشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی لینزوکلید (Linezolid stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز لینزوکلید بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
0 شیردهی	0 بارداری	0 جن	

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		نوع میکرووارگانیسم:
تاریخ:	محل کشف:	آنتی بیوگرام:

کانون احتمالی عفونت									
0 سایر(ذکر شود)	0 پوست و بافت نرم	0 مجاری ادراری/کلیه	0 استخوان/ مفصل	0 سیستم عصبی/مغز	0 سستگاه تنفس	0 داخل شکمی	0 کانتر عروق مرکزی	0 قلب	0 باکتریمی

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- این فرم صرفا برای دریافت لینزوکلید برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- حداکثر دوره درمان با لینزوکلید نهایتا ۴-۶ هفته می باشد.
- تحویل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظرارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقی وریکونازول (Voriconazole stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز وریکونازول بیش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/ فوق تخصصین عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

تاریخ تکمیل فرم: بخش درخواست کننده:

اطلاعات دموگرافیک بیمار			
سن	شماره پرونده	نام خانوادگی	نام
شیردهی ۰		بارداری ۰	جنس

علام حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر، پاتولوژی)		نوع میکروارگانیسم:
تاریخ:	محل کشف:	گالاکتومنان:

کانون احتمالی عفونت									
۰ سایر(ذکر شود)	۰ پوست و بافت نرم	۰ مجاری ادراری/کلیه	۰ استخوان/ مفصل	۰ سیستم عصبی/مغز	۰ سستگاه تنفس/سینوس	۰ داخل شکمی	۰ کانتر عروق مرکزی	۰ قلب	۰ فونگی

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفا برای دریافت وریکونازول برای ۷ روز تکمیل می شود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجددا پر و تایید گردد.
- ❖ حداقل دوره درمان با وریکونازول نهایتا ۶-۴ هفته می باشد.
- ❖ تحويل این دارو از داروخانه با نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.
- ❖ در مراکزی که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تایید متخصصین بیماریهای عفونی دارو قابل تحويل می باشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/ فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز