

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR
LJUBLJANSKA ULICA 5, 2001 MARIBOR, SLOVENIJA
TEL: 00386 2 321 1000, FAX: 00386 2 331 23 93

Naslednja kontrola v naši ambulanti je:

datum	ura	terapija

ODDELEK ZA ONKOLOGIJO
Enota za internistično onkologijo
Tel. amb.: 02/321 19 04, 02/321 19 03
Tel. odd.: 02/321 19 01

KONTROLNI KARTON

ime in priimek

Kartonček prinesite na vsak kontrolni pregled!



CENTER ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO:
Ljubljanska ulica 5, 2000 MARIBOR
Tel. 02 321 22 78 / fax. 02 331 23 78

IZDAJNICA št.

DNE: _____ URA: _____

ZA ODD: _____

ZA PACIENTA: _____

ROJ: _____

ZAP. ŠTEVILKA	KRVNI PRIPRAVEK	KRV. SK.	ŠT. KRVNEGA PRIPRAVKA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

IZDAL: _____

PREVZEL: _____

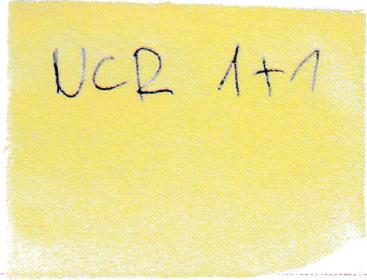
OPOMBA: IZDAJNICA NADOMEŠČA IZPIS IZ INFORMACIJSKEGA SISTEMA DATEC

Rezervna protimikrobna zdravila lahko predpisuje infektolog, intenzivist v OIM, PIT, pediater intenzivist in hematolog, lečeči zdravnik le po konzultaciji z infektologom

Podatki o bolniku

telesna teža _____ telesna višina _____

NALEPKA



diagnoza bolezni _____

 okvare ledvic _____ kreatinin v serumu _____ okvare jeter _____ febrilna nevtropemija _____predhodno antibiotično zdravljenje DA NE

kateri antibiotiki _____

alergija na antibiotike penicilin cefalosporini kinoloni tetraciklini drugo (navesti) _____

Rezervna protimikrobna zdravila se lahko predpisujejo za časovno obdobje

 izkustveno zdravljenje do 5 dni usmerjeno zdravljenje do 7 dni kirurška profilaksa do 48 ur po telefonski konzultaciji do 5 dni

Za nadaljevanje zdravljenja je potrebna ponovna konzultacija infektologa.

Pričetek zdravljenja z rezervnim protimikrobnim zdravilom datum _____ ura _____

Ob premestitvi bolnika na drugi oddelek se prenesejo tudi preostali odmerki že predpisane rezervnega zdravila.

IZPOLNI ZDRAVNIK**IZPOLNI FARMACEVT**

Lista protimikrobnih zdravil Ime protimikrobnega zdravila Naročni antibiotik	PDA kat. v nosečnosti	Odmerek (mg) način dajanja (v. im., bolus, infuzija, tab)	Število odmerkov dnevno	Predvideni čas zdravljenja (dnevi)	Izdani antibiotik - ime	Število enot mere izdanega zdravila	Enota mere
AMFOTERICIN B deoksiholat (FUNGIZONE)	B						
AMFOTERICIN B LIPOSOM (AMBISOME) AMFOTERICIN B-LIPIDNI KOMPLEKS (AMPHOCIL)	B						
AMIKACIN (AMIKIN)	D						
ANIDULAFUNGIN (ECALTA)	C						
CASPOFUNGIN (CANCIDAS)	C						
CEFTAZIDIM (FORTUM)	B						
CEFEPIM (MAXIPIME)	B						
DAPTOMICIN (CUBICIN)	B						
DORIPENEM (DORIBAX)	B						
ERTAPENEM (INVANZ)	B						
GANCIKLOVIR (CYMEVENE)	C						
IMIPENEM CILASTATIN (CONET)	C						
KLORAMFENIKOL (KEMICITINE)	C						
KOLISTIN (COLISTIN)	C						
LINEZOLID (ZYVOXID)	C						
MEROPENEM (MERONEM)	B						
PIPERACILIN/TAZOBAKTAM (TAZOCIN)	B						
POSACONAZOL (NOXAFIL)	C						
TEIKOPLANIN (TARGOCID)	C						
TIGECIKLIN (TYGACIL)	D						
TOBRAMICIN (NEBCIN)	D						
VANKOMICIN (EDICIN)	C						
VORIKONAZOL (VFEND)	D						

ZDRAVILO PREDPISAL LEČEČI ZDRAVNIK PO KONZULTACIJI Z INFEKTOLOGOM

ime in priimek _____ datum čas predpisa _____ podpis _____

 INFEKTOLOG INTEZIVIST HEMATOLOG

ime in priimek _____ datum čas predpisa _____ podpis _____

 pisno priporočilo _____ telefonsko priporočilo _____ZDRAVILO IZDAL FARMACEVT PRILOGA

ime in priimek _____ datum in čas izdaje _____ podpis _____