

Rezervna protimikrobna zdravila lahko predpisuje infektolog, intenzivist v OIIM, 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 _____

☐ okvara jeter ☐ febrilna nevtropenija

predhodno antibiotično zdravljenje DA ☐ NE ☐

kateri antibiotiki _____

alergija na antibiotike: penicilini ☐ 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 predpisanega rezervnega zdravila.					IZPOLNI FARMACEVT		
IZPOLNI ZDRAVNIK							
Lista protimikrobnih zdravil Ime protimikrobnega zdravila Naročeni antibiotik	FDA kat. v noseč- nosti	Odmerek (mg) način dajanja iv., 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)	B						
AMFOTERICIN B LIPIDNI KOMPLEKS (AMPHOCIL)							
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 _____