

فرم تجویز منطقي ونکومایسین (Vancomycin stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز ونکومایسین بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O باکتریایی	O قلب	O کاتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم (شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت ونکومایسین برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با ونکومایسین نهایتاً 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 تحویل 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 آمفوتریسین B لیپوزومال (Amphotricin B Liposomal stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز آمفوتریسین B لیپوزومال بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O فونگمی	O قلب	O کاتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس/سینوس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم (شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت آمفوتریسین B لیپوزومال برای هفت روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با آمفوتریسین B لیپوزومال نهایتاً 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 تحویل 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 ایمنی/مروپنم (Carbapenems stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز ایمنی/مروپنم بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O باکتریایی	O قلب	O کاتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم (شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت ایمنی/مروپنم برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با ایمنی/مروپنم نهایتاً 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 تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/داروساز

فرم تجویز منطقي تیکوپلانی (Teicoplanin stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز تیکوپلانی بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O باکتریایی	O قلب	O کاتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم (شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت تیکوپلانی برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با تیکوپلانی نهایتاً 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 تحویل 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 کاسپوفانژین (Caspofungin stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز کاسپوفانژین بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

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

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت کاسپوفانژین برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با کاسپوفانژین نهایتاً 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 تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/داروساز

فرم تجویز منطقي کولیستین (Colistin stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز کولیستین بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O باکتریایی	O قلب	O کاتتر عروق مرکزی	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم
								O سایر (ذکر شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت کولیستین برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با کولیستین نهایتاً 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 تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقي لینزولید (Linezolid stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز لینزولید بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

کانون احتمالی عفونت								
O باکتریایی	O قلب	O کاتتر عروق	O داخل شکمی	O دستگاه تنفس	O سیستم عصبی/مغز	O استخوان/مفصل	O مجاری ادراری/کلیه	O پوست و بافت نرم و سایر (ذکر شود)

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت لینزولید برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با لینزولید نهایتاً 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 تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز

فرم تجویز منطقي وریکونازول (Voriconazole stewardship form)

❖ طبق این دستورالعمل ادامه تجویز وریکونازول بیش از ۷۲ ساعت صرفاً 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 تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

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

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

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

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

دوز مصرفی:
دوره درمان: (به روز)

- ❖ این فرم صرفاً برای دریافت وریکونازول برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- ❖ حداکثر دوره درمان با وریکونازول نهایتاً 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 تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز