

کد: RH-IC-FO-۳۱-۰۰۱		فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک		 دانشگاه علوم پزشکی البرز مرکز آموزشی و درمانی شهید رجائی - دفتر بهبود کیفیت	
تاریخ تهیه: ۱۴۰۳/۰۱/۲۹					
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۹					
نام داروها					
☐ ایمنی پنم / مروپنم ☐ وانکومایسین / تیکوپلانتین ☐ کلیستین ☐ لینزولید ☐ کسپوفانژین ☐ وریکونازول ☐ پوساکونازول ☐ آمفوتریسین (داکسی کولات (معمولی) / لیپومازول) ☐ تیگسیکلین					
بخش درخواست کننده :		تاریخ تجویز:		تاریخ تکمیل فرم:	
اطلاعات دموگرافیک بیمار					
نام :		نام خانوادگی:		شماره پرونده:	
جنس:		سن:			
نتایج میکروبیولوژی (کشت)					
نوع میکروارگانیسم:		نمونه:		تاریخ ارسال نمونه:	
آنتی بیوگرام: حساس: مقاوم:					
علت قطع: علت تغییر: علت ادامه:					
آنتی بیوتیک		دوز و راه تجویز		تاریخ شروع دوره درمان پیشنهادی یا تاریخ قطع	
مهر و امضا پزشک معالج		مهر و امضا متخصص عفونی / ریه		مهر و امضا مسئول فنی داروخانه	