فرم تجويز منطقي ونكومايسين (Vancomycin stewardship form)

- **طبق اين دستورالعمل ادامه تجويز ونكومايسين بيش از ۷۲ ساعت صرفا بر اساس كامل كردن اين فرم توسط پزشك معالج بيمار و با تاييد متخصص بيماريهاي عفوني/فوق تخصص عفوني اطفال مركز درماني امكان پذير مي باشد و توصيه ميشود اين فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتي بيوتيك مذكور پر شده و با متخصص محترم عفوني/فوق تخصصين عفوني اطفال مشورت انجام گردد.**

بخش درخواست كننده: تاريخ تجويز: تاريخ تكميل فرم:

اطلاعات دموگرافيك بيمار			
نام	نام خانوادگي	شماره پرونده	سن
جنس	بارداريO	شيردهيO	

علائم حياتي در زمان تجويز			
T:	BP:	RR:	PR:

نتايج ميكروبيولوژي(كشت، اسمير)		
نوع ميكروارگانيسم:	**محل كشف:**	**تاريخ:**
آنتي بيوگرام:		

كانون احتمالي عفونت									
O باكتريمي	O قلب	Oكاتتر عروق مركزي	O داخل شكمي	Oدستگاه تنفس	O سيستم عصبي/مغز	Oاستخوان/ مفصل	Oمجاري ادراري/كليه	O پوست و بافت نرم	O ساير(ذكر شود)

دوز مصرفي:
دوره درمان:(به روز)

- اين فرم صرفا براي دريافت ونكومايسين براي ۷ روز تكميل ميشود و در صورت نياز به ادامه اين آنتي بيوتيك بايد فرم جديد مجددا پر و تاييد گردد.
- حداكثر دوره درمان با ونكومايسين نهايتا ۴-۶ هفته ميباشد.
- تحويل اين دارو از داروخانه با نظارت متخصصين داروسازي باليني انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصين مذكور با نظارت داروساز شاغل در بيمارستان قابل انجام است.
- در مراكزي كه فوق تخصص عفوني اطفال وجود ندارد پس از تكميل فرم با تاييد متخصصين بيماريهاي عفوني دارو قابل تحويل ميباشد.

مهر و امضا پزشك معالج:

مهر و امضا متخصص بيماريهاي عفوني/فوق تخصص عفوني اطفال

مهر و امضا داروساز باليني/ داروساز