ANTIBIOTIC MEDICATION SCREENING FORM - RUSSIAN

Я удостоверяю, что вся нижеприведенная информация является верной согласно имеющимся у меня сведениям. Получатель настоящего документа вправе сообщить данную информацию учреждениям здравоохранения местного, регионального и федерального уровня в целях обеспечения эффективности и безопасности лекарственного препарата.

Телефон: _____ **Адрес:** _____ **Индекс:** _____ **Возраст:** ___ **Подпись:** _____

ИНСТРУКЦИИ: ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Шаг 1: **Впишите** имена всех лиц, на которых вы сегодня получаете препараты, начиная с себя

Шаг 2. Поставьте (✓) в столбце, ТОЛЬКО если для соответствующего лица верны указанные условия.

Имя	Фамилия	*Аллергия на доксициклин, тетрациклин и прочие препараты группы циклинов[1]?	Беременность?	*Аллергия на ципрофлоксацин, Левахин и прочие препараты группы флоксацинов[2]?	В настоящее время принимает Тизанидин (Занафлекс)?	Страдает миастенией?	Страдает заболеванием почек? Когда-либо переносил СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ или страдал ЭПИЛЕПСИЕЙ?	Весит менее 76 фунтов?	Не может глотать таблетки?	STAFF USE ONLY
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #
										☐ Doxy ☐ Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #

STAFF USE ONLY

Dispensing Guide and Formula

No checkmarks	+ No checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense* ***doxycycline or ciprofloxacin***
No checkmarks	+ Checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense* ***doxycycline***
No checkmarks	+ With or without checkmarks	+ Checkmarks	= *Dispense* ***doxy w/ pill crushing instructions***
Checkmarks	+ No checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense* ***ciprofloxacin***
Checkmarks	+ Checkmarks (in any of these 7 columns)		= *Send to Consult* ***highlight row***

Staff Use Only

Dispenser Name: _____

Check all provided to client:
- ☐ Antibiotic Information Sheet
- ☐ Disease Information Sheet
- ☐ Pill Crushing Instructions (if needed)
- ☐ Letter of Referral (Consult only)

Today's Date:____ / ____ / _____

Consult Name:

Здесь отметка об аллергии означает, что у пациента была остановка дыхания или остановка сердца после приема данного препарата

[1] **Перечень тетрациклиновых препаратов:** демеклоциклин (Декломицин); доксициклин (Адокса, Алодокс, Атридокс, Авидокси, Дорикс, Докси, Монодокс, Моргидокс, Окудокс, Орацеа, Ораксил, Периостат, Вибрамицин); миноциклин (Арестин, Динацин, Миноцин, Солодин, Ксимино)

[2] **Перечень хинолоновых препаратов:** ципрофлоксацин (Ципро); гатифлоксацин (Техин); левофлоксацин (Левахин); моксифлоксацин (Авелокс); надифлоксацин (Акватим); норфлоксацин (Нороксин); офлоксацин (Флоксин)

Last Update: 7/30/19