

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: ПРОЧИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО		Шаг 2. Поставьте (✓) в столбце, ТОЛЬКО если для соответствующего лица верны указанные условия.								STAFF USE ONLY		
Шаг 1: Впишите имена всех лиц, на которых вы сегодня получаете препараты, начиная с себя		*Аллергия на доксициклин, тетрациклин и прочие препараты группы циклинов? ¹	Беременность?	*Аллергия на ципрофлоксацин, Левахин и прочие препараты группы флуксацинов? 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?	Dispenser Name: _____ Check all provided to client: <input type="checkbox"/> Antibiotic Information Sheet <input type="checkbox"/> Disease Information Sheet <input type="checkbox"/> Pill Crushing Instructions (if needed) <input type="checkbox"/> Letter of Referral (Consult only)	
		Today's Date: ____ / ____ / ____										
Имя	Фамилия										<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	Consult Name:
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
											<input type="checkbox"/> Doxy ATTACH LABEL <input type="checkbox"/> Cipro WITH LOT #	
STAFF USE ONLY		No checkmarks		+ No checkmarks			+ No checkmarks		= Dispense doxycycline or ciprofloxacin			
Dispensing Guide and Formula		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			

*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)