

转诊推荐信

致医疗提供者:

患者_____可能曾被暴露于_____。

多西环素或环丙沙星被认为是暴露后抗生素预防的一线药物。公共卫生组织已对该患者暴露后预防状况进行了评价, 在开具处方以及提供相应预防性治疗方面需要您的协助。

在_____该患者接受了以下暴露后预防处理:

(日期)

- 多西环素 100mg 口服 每日两次, 共 10日
 环丙沙星 500mg 口服 每日两次, 共 10日
 未给予抗生素

| 第 1 部分 | 该患者对多西环素过敏且 | 仅供医疗使用 |
|--------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 也对环丙沙星过敏。 | 见表 1, 开具另一种可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 正服用替托尼定 (Zanaflex)。 | 环丙沙星因其严重的药物相互作用, 被列入配伍禁忌。在预防阶段减少或停用替托尼定以降低风险, 或见表 1, 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 患重症肌无力。 | 环丙沙星可能加重肌无力 (黑框警告: 请谨慎回避)。见表 1 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量, 或开具环丙沙星 (500mg, 口服, 每日两次, 共 10 日), 小心监测。 |
| | <input type="checkbox"/> 患肾病。 | 见表 2, 计算环丙沙星的肾剂量, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 有癫痫 / 发作病史。 | 环丙沙星增加癫痫的风险。开具环丙沙星 (500mg, 口服, 每日两次, 共 10 日) 并进行监测, 或见表 1 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 无法吞服片剂。 | 开具环丙沙星口服悬浮液, 15 mg/kg/剂 (最大 500mg/剂), 每 12 小时服药一次, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 体重不足 67 磅。 | 计算适合的环丙沙星剂量, 15 mg/kg/剂 (最大 500mg/剂), 每 12 小时服药一次, 配 10 日用量。 |

| 第 2 部分 | 该患者怀孕且 | 仅供医疗使用 |
|--------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 对环丙沙星过敏并开具了多西环素。 | 母体孕期服用多西环素, 会导致孩子牙齿染色且形状不良。风险取决于服药时间点及时长。继续使用环丙沙星或见表 1 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 正服用替托尼定 (Zanaflex)。 | 环丙沙星因严重的药物相互作用, 被列入配伍禁忌。在预防阶段减少或停用替托尼定以降低风险, 或见表 1, 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 患重症肌无力。 | 环丙沙星可能加重肌无力 (黑框警告: 请谨慎回避)。见表 1 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量, 或开具环丙沙星 (500mg, 口服, 每日两次, 共 10 日), 小心监测。 |
| | <input type="checkbox"/> 患肾病。 | 见表 2, 计算环丙沙星的肾剂量, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 有癫痫 / 发作病史。 | 环丙沙星增加癫痫的风险。开具环丙沙星 (500mg, 口服, 每日两次, 共 10 日) 并进行监测, 或见表 1 选择可替代抗生素方案, 配 10 日用量。 |
| | <input type="checkbox"/> 无法吞服片剂。 | 开具环丙沙星口服悬浮液, 15 mg/kg/剂 (最大 500mg/剂), 配 10 日用量。 |

若有疑问, 请联系卫生部门热线: _____

hotline # to go here

转诊推荐信

仅供医疗使用

该转诊推荐信的其余部分为向贵方医疗提供者所提供的技术信息，尚未进行翻译。