

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΠΡΟΩΘΗΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Νοσοκομείο/Κλινική:

Ημερομηνία συνταγογράφησης:

Όνομα ασθενούς :

Αριθμός Μητρώου ασθενούς:

ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αντιμικροβιακές ουσίες	mg/flacon	Οδός χορήγησης	Ημερήσια δοσολογία
1.			
2.			
3.			

Συνχορηγούμενα αντιβιοτικά			
1.		3.	
2.		4.	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗΣ

Παθογόνος μικροοργανισμός:	Είδος λοίμωξης:		
Βιολογικό δείγμα απομόνωσης:	Λοίμωξη κοινότητας		<input type="checkbox"/>
Αντιβιογράμμα (να επισυνάπτεται όταν είναι διαθέσιμο)	ΝΑΙ ΟΧΙ	Νοσοκομειακή λοίμωξη	<input type="checkbox"/>

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στοχευμένη θεραπεία	<input type="checkbox"/>		
Εμπειρική Θεραπεία	<input type="checkbox"/>		
Αποικισμός ή προηγηθείσα λοίμωξη από πολυανθεκτικό μικροοργανισμό	<input type="checkbox"/>	Σοβαρή σήψη - Σηπτικό σοκ	<input type="checkbox"/>
Προηγηθείσα λήψη καρβαπενεμών	<input type="checkbox"/>	Ουδετεροπενία	<input type="checkbox"/>
Προηγηθείσα νοσηλεία σε:	<input type="checkbox"/>		
ΜΕΘ το τελευταίο έτος		Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων	<input type="checkbox"/>
Άλλο	<input type="checkbox"/>	Αναφέρατε:	

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΟΕΚΟΧΑ	ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΟΕΚΟΧΑ
Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα