

شماره شماره
تاریخ تاریخ
پیوست پیوست



فرم تجویز کولیستین

طبق دستورالعمل‌های بین‌المللی، تجویز کولیستین به صورت تجربی توصیه نشده و در صورت وجود کشت مقاوم به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها تجویز کولیستین توصیه می‌شود

اطلاعات بیمار:

سن: جنس: وزن (kg): RR: T: BP: HR:

وضعیت بالینی بیمار	آیا نمونه کشت ارسال گردیده است؟	کانون احتمالی عفونت
<input type="checkbox"/> سندرم SIRS/Sepsis <input type="checkbox"/> عفونت اکتسابی از بیمارستان (<72 ساعت بستری) <input type="checkbox"/> نوتروپنیک (ANC < 1000/ml) <input type="checkbox"/> ریسک فاکتور برای ارگانیزم‌های مقاوم: <input type="radio"/> اقامت در خانه سالمندان <input type="radio"/> سابقه بستری بیش از 2 روز در 90 روز گذشته <input type="radio"/> همودیالیز در 30 روز اخیر <input type="radio"/> دریافت درمان به طریق انفوزیون در منزل <input type="radio"/> مصرف آنتی‌بیوتیک در 90 روز گذشته <input type="radio"/> بیماری/درمان ایمنو‌سوپرسیو <input type="radio"/> تماس با ارگانیزم مقاوم	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="radio"/> خون <input type="radio"/> کاتتر <input type="radio"/> ادرار <input type="radio"/> مایع مغزی نخاعی <input type="radio"/> مایع داخل شکمی <input type="radio"/> زخم <input type="radio"/> لوله تراشه <input type="radio"/> نمونه BAL <input type="radio"/> سایر	<input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سیستم عصبی <input type="checkbox"/> قلب <input type="checkbox"/> دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> داخل شکمی <input type="checkbox"/> گوارشی <input type="checkbox"/> مجاری ادرار مستقل از شکمی <input type="checkbox"/> پوست/بافت نرم <input type="checkbox"/> استخوان/مفصل <input type="checkbox"/> کاتتر عروق مرکزی خون <input type="checkbox"/> سایر

علت تجویز کولیستین:

Positive culture from:

Organism:
Susceptibility:
Sensitive:
Intermediate:
Resistance:

Positive culture from:

Organism:
Susceptibility:
Sensitive:
Intermediate:
Resistance:

مهر و امضا پزشک عضو کمیته تولید بر مصرف آنتی‌بیوتیک:

سایر موارد مصرف با ذکر مورد:

مهر و امضا پزشک معالج: