**ФОРМА**

**ПРЕАВТОРИЗАЦІЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ РЕЗЕРВУ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформація про пацієнта** Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) | Вік: | Стать: Ч квадратик Ж квадратик |
| Відділення | Палата | Алергія на АМП: |
| **Показання до антимікробної терапії** | | |
|  | | |
| **Запит щодо дозволу на застосування антимікробних препаратів групи резерву** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Антибактеріальний препарат | Доза і тривалість призначення | Шлях введення | Кратність введення на добу | Причина призначення |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Чи наявні результати мікробіологічного дослідження з визначенням чутливості? **Так квадратик Ні** квадратик  Якщо так, вкажіть деталі:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Дата: | Біологічний зразок | Ідентифікований патоген і результати чутливості | |  |  |  | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Чи отримував пацієнт антимікробний препарат(и) до цього? **Так квадратик Ні квадратик**  Якщо так, деталізуйте нижче: | | | | |
| Антибіотик(и) | Доза і тривалість призначення | Шлях введення | Кратність введення на добу | Причина відміни |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) лікаря / контактний номер:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Коментар клінічного фармацевта** |
|  |
| **Схвалення** квадратик СХВАЛЕНО квадратик НЕ СХВАЛЕНО |
| **Примітки:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності)/підпис клінічного фармацевта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |