**Форма преавторизації антибактеріальних препаратів групи резерву.**

|  |
| --- |
| **Інформація про пацієнта Дата**1**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності)2 | Вік3: | Стать4: Ч 🗆 Ж 🗆 |
| Відділення5 | Палата6 | Алергія на АМП7: |
| **Показання до антимікробної терапії**8 |
|  |
| **Запит щодо дозволу на застосування антимікробних препаратів групи резерву** |
| Антибактеріальний препарат9 | Доза і тривалість призначення10 | Шлях введення11 | Кратність введення на добу | Причина призначення12 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  Чи наявні результати мікробіологічного дослідження з визначенням чутливості? Так 🗆 Ні 🗆  Якщо так, вкажіть деталі13: |
|  | Дата: | Біологічний зразок | Ідентифікований патоген і результати чутливості |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Чи отримував пацієнт антимікробний препарат(и) до цього? Так 🗆 Ні 🗆 Якщо так, деталізуйте нижче14: |
| 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**15**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Коментар клінічного провізора**16 |
|  |
| **Схвалення** |
| 🗆 СХВАЛЕНО | 🗆 НЕ СХВАЛЕНО |
| Примітки17: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Прізвище, ім’я та по батькові (за наявності)/підпис клінічного провізора18:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата19:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Примітки:

1. розділи форми преавторизації антибіотиків групи резерву (далі – форма) «Інформація про пацієнта», «Показання до антимікробної терапії» та «Запит щодо дозволу на застосування антимікробних препаратів групи резерву» заповнює лікуючий лікар;

2. розділи форми «Коментар клінічного провізора» та «Схвалення» заповнює клінічний провізор ВІК;

3. отримання схвалення клінічного провізора ВІК перед призначенням антибіотиків групи резерву є обов’язковим за наступним виключенням: форма не заповнюється в разі необхідності невідкладного призначення антибіотиків групи резерву пацієнту, який перебуває у відділенні реанімації та/або інтенсивної терапії за життєвими показаннями, про що є відповідний запис консиліуму лікарів у складі не менше трьох фахівців різних спеціальностей (наприклад, лікар-анестезіолог, лікар-хірург та лікар-інфекціоніст).

1день, місяць і рік подання запиту на схвалення клінічним провізором ВІК відпуску антибіотиків групи резерву;

2прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) пацієнта;

3число повних років пацієнта;

4слід відзначити «ч», якщо пацієнт чоловічої статі або «ж», якщо жіночої;

5відділення, в якому перебуває пацієнт на час заповнення форми;

6номер палати/кімнати, в якій перебуває пацієнт на час заповнення форми;

7зазначається про наявність або відсутність алергічних реакцій на антимікробні препарати (далі – АМП), в тому числі відповідно до даних анамнезу. Якщо алергічні реакції наявні, слід зазначити АМП або групу АМП, на який(і) такі реакції відзначалися;

8зазначається(ються) показання до призначення антибактеріальних препаратів групи резерву – наприклад, пневмонія, інфекція області хірургічного втручання, перитоніт. У випадках, якщо призначення антибактеріальних препаратів групи резерву засноване на стратифікації відповідно до ризиків інфікування пацієнта бактеріями з резистентністю, а не ґрунтується на результатах бактеріологічного обстеження, слід зазначити такі ризики;

9зазначається один із наступних антибактеріальних препаратів: азтреонам, цефтаролін фосаміл, цефтазидим-авібактам, цефтобіпрол медокаріл, цефтолозан-тазобактам, колістин, далбаванцин, далфопрістин-квінупрістин, даптоміцин, еравациклін, фаропенем, фосфоміцин, лінезолід, меропенем-ваборбактам, міноциклін, омадациклін, орітаванцин, плазоміцин, поліміксин В, тедізолід, телаванцин, тайгециклін;

10одноразова доза антибактеріального препарату групи резерву із зазначенням одиниць виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо) та прогнозована тривалість призначення в днях;

11шлях введення антибактеріального препарату групи резерву пацієнту (пероральний, внутрішньовенний, внутрішньом’язевий, інгаляційний тощо);

12зазначається причина призначення запитуваного антибактеріального препарату групи резерву (неефективність другого курсу антибіотикотерапії, результат бактеріологічного дослідження, високий ризик інфікування бактерією з множинною резистентністю тощо);

13у відповідних графах зазначаються день, місяць і рік отримання результату дослідження, біологічний зразок (матеріал, який забрано для дослідження), бактерію та її чутливість до АМП (рекомендовано зазначати чутливість до групи АМП);

14у відповідних графах зазначаються всі антибактеріальні препарати (діюча речовина або речовини), які пацієнт отримував до моменту заповнення форми, їх дози в одиницях виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо), тривалість призначення в днях, шлях введення (пероральний, парентеральний, інгаляційний тощо), кратність введення на добу та причини відміни (погіршення стану пацієнта, прогресування запального процесу, генералізація процесу, приєднання інфекційної хвороби, пов’язаної з наданням медичної допомоги тощо);

15прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону лікуючого лікаря;

16коментарі, які пояснюють схвалення/не схвалення видачі пацієнту антибактеріального препарату групи резерву (невірно заповнена форма, відсутні показання до призначення антибіотика групи резерву, пацієнт недостатньо обстежений, наявні інші варіанти антибактеріальної терапії без використання антибіотиків групи резерву тощо);

17зазначаються вказівки для аптеки (наприклад, видати із відповідним розчинником);

18прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) клінічного провізора ВІК та його підпис;

19день, місяць і рік заповнення форми.