**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 | Шляхвведення | Кратністьвведення на добу | Причина призначення |
|     |     |     |     |     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Чи наявні результати мікробіологічного дослідження з визначенням чутливості? **Так квадратик Ні** квадратикЯкщо 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 | Кратністьвведення на добу | Причинавідміни |
|    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |