

فرم تجویز تجربی ایمی پنم

همه تجویزهای ایمی پنم توسط کمیته نظارت بر مصرف آنتی بیوتیک ارزیابی خواهد شد

شماره پرونده:

بخش:

تاریخ:

اطلاعات بیمار:

سن: جنس: وزن (kg): RR: T: BP: HR:

<p>وضعیت بالینی بیمار</p> <p><input type="checkbox"/> سندرم SIRS/Sepsis</p> <p><input type="checkbox"/> عفونت اکتسابی از بیمارستان (<72 ساعت بستری)</p> <p><input type="checkbox"/> نوتروپنیک (ANC<1000/ml)</p> <p><input type="checkbox"/> ریسک فاکتور برای ارگانیسم های مقاوم:</p> <p><input type="radio"/> اقامت در خانه سالمندان</p> <p><input type="radio"/> سابقه بستری بیش از ۲ روز در ۹۰ روز گذشته</p> <p><input type="radio"/> همودیالیز در ۳۰ روز اخیر</p> <p><input type="radio"/> دریافت درمان به طریق انفوزیون در منزل</p> <p><input type="radio"/> مصرف آنتی بیوتیک در ۹۰ روز گذشته</p> <p><input type="radio"/> بیماری/درمان ایمنو ساپرسیو</p> <p><input type="radio"/> تماس با ارگانیسم مقاوم</p>	<p>آیا نمونه کشت ارسال گردیده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="radio"/> خون</p> <p><input type="radio"/> کاتتر</p> <p><input type="radio"/> ادرار</p> <p><input type="radio"/> مایع مغزی نخاعی</p> <p><input type="radio"/> مایع داخل شکمی</p> <p><input type="radio"/> زخم</p> <p><input type="radio"/> لوله تراشه</p> <p><input type="radio"/> نمونه BAL</p> <p><input type="radio"/> سایر</p>	<p>کانون احتمالی عفونت</p> <p><input type="checkbox"/> نامشخص</p> <p><input type="checkbox"/> سیستم عصبی</p> <p><input type="checkbox"/> قلب</p> <p><input type="checkbox"/> دستگاه تنفسی</p> <p><input type="checkbox"/> داخل شکمی</p> <p><input type="checkbox"/> گوارشی</p> <p><input type="checkbox"/> مجاری ادرار مستقل از شکمی</p> <p><input type="checkbox"/> پوست/بافت نرم</p> <p><input type="checkbox"/> استخوان/مفصل</p> <p><input type="checkbox"/> کاتتر عروق مرکزی خون</p> <p><input type="checkbox"/> سایر</p>
--	---	--

علت تجویز ایمی پنم

توضیحات	دوز	اندیکاسیون
به علت خطر گسترش مقاومت برای عفونت های خفیف تا متوسط عفونت های داخل شکمی اکتسابی از جامعه پیشنهاد نمی گردد.	<input type="checkbox"/> عفونت متوسط: ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت. <input type="checkbox"/> عفونت شدید: ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یا ۱ گرم هر ۸ ساعت	عفونت های داخل شکمی:
	<input type="checkbox"/> وریدی: ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت	آبسه کبدی: (unlabeled use)
	<input type="checkbox"/> وریدی: ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت.	تب نوتروپنیک: (unlabeled use)
ماکزیمم دوز روزانه نباید بیشتر از ۵۰ mg/kg یا ۴ g/day.	میکروارگانیسم های کاملا حساس: <input type="checkbox"/> ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت. میکروارگانیسم های نسبتا حساس: <input type="checkbox"/> ۱ گرم هر ۶-۸ ساعت.	عفونت های شدید:
	<input type="checkbox"/> ۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت. <input type="checkbox"/> ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت.	عفونت مجاری ادراری (پیچیده):



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره شماره
تاریخ تاریخ
پیوست پیوسته
سوت

در صورت پایین بودن GFR ؟

۱۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت

عفونت سیستم عصبی مرکزی

موارد دیگر و توضیحات:

مهر و امضا پزشک عضو کمیته تولید بر مصرف آنتی بیوتیک:

مهر و امضا پزشک معالج:

سازمان غذا و دارو