

**فرم تجویز تجربی سیپروفلوکساسین**

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

اطلاعات بیمار:

سن: \_\_\_\_\_ جنس: \_\_\_\_\_ وزن (kg): \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_  
HR: \_\_\_\_\_

کانون احتمالی عفونت

آیا نمونه کشت

وضعیت بالینی بیمار

ارسال گردیده است؟

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> نامشخص                    | <input type="checkbox"/> خیر          | <input type="checkbox"/> سندرم SIRS/Sepsis                           |
| <input type="checkbox"/> سیستم عصبی                | <input type="checkbox"/> بلی          | <input type="checkbox"/> عفونت اکتسابی از بیمارستان (<72 ساعت بستری) |
| <input type="checkbox"/> قلب                       | <input type="radio"/> خون             | <input type="checkbox"/> نوتروپنیک (ANC<1000/ml)                     |
| <input type="checkbox"/> دستگاه تنفسی              | <input type="radio"/> کاتتر           | <input type="checkbox"/> ریسک فاکتور برای ارگانیزم های مقاوم:        |
| <input type="checkbox"/> داخل شکمی                 | <input type="radio"/> ادرار           | <input type="radio"/> اقامت در خانه سالمندان                         |
| <input type="checkbox"/> گوارشی                    | <input type="radio"/> مایع مغزی نخاعی | <input type="radio"/> سابقه بستری بیش از ۲ روز در ۹۰ روز گذشته       |
| <input type="checkbox"/> مجاری ادرار مستقل از شکمی | <input type="radio"/> مایع داخل شکمی  | <input type="radio"/> همودیالیز در ۳۰ روز اخیر                       |
| <input type="checkbox"/> پوست/بافت نرم             | <input type="radio"/> زخم             | <input type="radio"/> دریافت درمان به طریق انفوزیون در منزل          |
| <input type="checkbox"/> استخوان/مفصل              | <input type="radio"/> لوله تراشه      | <input type="radio"/> مصرف آنتی بیوتیک در ۹۰ روز گذشته               |
| <input type="checkbox"/> سایر.....                 |                                       | <input type="radio"/> بیماری/درمان ایمونو ساپرسیو                    |
|  | <input type="radio"/> BAL نمونه       | <input type="radio"/> تماس با ارگانیزم مقاوم                         |
|  |                                       | <input type="checkbox"/> UV,R HJJV; LV;CD O,K                        |

علت تجویز سیپروفلوکساسین:

دوز و توضیحات	علت تجویز
<input type="checkbox"/> خوراکی: ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۶۰ روز. * در صورت درگیری سیستمیک، ادم وسیع، زخم سر یا گردن به دوز وریدی برای درمان مراجعه شود.	عفونت جلدی: (۱)
<input type="checkbox"/> وریدی: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت. * شروع درمان با دو یا چند دارو می تواند موثرتر واقع شود. درمان ترکیبی برای ۶۰ روز ادامه داده شود.	عفونت آنتراکس: (۱)
<input type="checkbox"/> خوراکی: ۷۵۰-۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز برای ۶-۴ هفته. <input type="checkbox"/> وریدی: <input type="checkbox"/> خفیف / متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۶-۴ هفته. <input type="checkbox"/> شدید/ پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای ۶-۴ هفته.	عفونت های استخوان / مفاصل:
<input type="checkbox"/> خوراکی: ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۴ هفته. <input type="checkbox"/> وریدی: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۴ هفته. * خط اول درمان نمی باشد. در صورت مقاومت به بتالاکتام ها کاربرد دارد.	اندوکاردیت مربوط به HACEK (unlabeled use) (۲)

<p>□ <b>خوراکی:</b> ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرم به صورت تک دوز.  <b>CDC</b> در صورت همزمانی عفونت با کلامیدیا درمان همزمان با آزیترومایسین یا داکسی سایکلین را پیشنهاد می دهد.          *از آپریل ۲۰۰۷ درمان با فلورکینولون ها برای عفونت های غیر پیچیده گنوکوکی پیشنهاد نمی شود. (۱)</p>	<p>عفونت های <b>Gonococcal</b>          مجاری ادرار / دهانه رحم:</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا درمان ۷ روزه کامل شود. (شروع درمان با ۱ گرم سفتریاکسون تزریقی روزانه تا ۴۸-۲۴ ساعت پس از قطع تب          * از آپریل ۲۰۰۷ درمان با فلورکینولون ها را برای عفونت های شدید گنوکوکی پیشنهاد نمی دهد، مگر در حالی که انتخاب دیگری نباشد و کشت به فلورکینولون ها حساس باشد. (۱)</p>	<p>عفونت های گنوکوکی منتشر:</p>
<p><b>خوراکی:</b>  <b>Salmonella</b> □ ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز برای ۷-۵ روز.  <b>Shigella</b> □ ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز برای ۳ روز.          اسهال مسافرتی:          □ متوسط: ۷۵۰ میلی گرم به صورت تک دوز.          □ شدید: ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز برای ۳ روز.  <b>Vibrio cholerae</b> □ ۱ گرم به صورت تک دوز.</p>	<p>اسهال عفونی:</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۴-۷ روز.          □ <b>وریدی:</b> ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۴-۷ روز.          * <b>IDSA guidelines</b> در سال ۲۰۱۰ دوره درمان ۴-۷ روز را پیشنهاد می دهد.          * در صورتی که حساسیت فلورکینولون ها به <b>E. coli</b> کمتر از ۹۰٪ باشد، پیشنهاد نمی گردد.</p>	<p>داخل شکمی / پیچیده / اکتسابی از جامعه:          (به صورت همزمان با مترونیدازول)</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> ۷۵۰-۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز برای ۱۴-۷ روز.          □ <b>وریدی:</b> □ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۴-۷ روز.          □ شدید/پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای ۱۴-۷ روز.</p>	<p>عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی / پوست و ساختارهای آن:</p>
<p>□ <b>وریدی:</b> ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای ۱۴-۷ روز.</p>	<p>پنومونی <b>Nosocomial</b>:</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۲۸ روز.</p>	<p>التهاب پروستات (مزمن، باکتریال):</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۰ روز.</p>	<p>تب تیفوئیدی:</p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> (فرم <b>Immediate release</b>) ۲۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۳ روز.</p>	<p>عفونت مجاری ادرار:  <b>Acute uncomplicated, cystitis</b></p>
<p>□ <b>خوراکی:</b> (فرم <b>Immediate release</b>) ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز.          □ <b>وریدی:</b> ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز.</p>	<p><b>Complicated (including pyelonephritis)</b></p>

شماره ..... شماره  
تاریخ ..... تاریخ  
پست ..... پست

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



--	--

موارد دیگر و توضیحات:

مهر و امضا پزشک معالج:

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

تنظیم دوز در نارسایی کلیوی (پیشنهاد کارخانه سازنده):

خوراکی :

GFR	دوز
$Cl_{cr} > 50 \text{ mL/minute}$	به تنظیم دوز نیازی نیست.
$Cl_{cr} 30-50 \text{ mL/minute}$	250-500 mg every 12 hours <input type="checkbox"/>
$Cl_{cr} 5-29 \text{ mL/minute}$	250-500 mg every 18 hours <input type="checkbox"/>
Hemodialysis/peritoneal dialysis	<input type="checkbox"/> (administer after dialysis on dialysis days): 250-500 mg every 24 hours

وریدی:

GFR	دوز
$Cl_{cr} \geq 30 \text{ mL/minute}$	به تنظیم دوز نیازی نیست.
$Cl_{cr} 5-29 \text{ mL/minute}$	200-400 mg every 18-24 hours <input type="checkbox"/>

:REF

1. CDC
2. AHA
3. Canadian STI 2008