

АБ-01 — Решение об антибиотиках

Пациент и операция

Карта/идентификатор _____ Возраст ____ Масса ____ кг Дата/время _____
Диагноз _____ Планируемое вмешательство и участок _____
Аллергия и характер реакции _____ Функция почек/печени _____
Беременность/лактация _____

Три самостоятельных основания

Лечение бактериальной инфекции: ☐ да ☐ нет. Диагноз и признаки _____ Контроль
очага _____

Профилактика ИЭ: ☐ да ☐ нет. Подтверждённый высокий кардиологический риск _____

Документ/консультация _____ Характер вмешательства _____

Профилактика ИОХВ: ☐ да ☐ нет. Тип раны, объём/длительность, имплантат/трансплантат,
иммунитет, местный очаг _____

При отсутствии показаний: основание неназначения _____ Не считать название
операции самостоятельным показанием.

Если препарат назначен

Цель _____ КР/протокол, редакция, раздел _____

МНН/торговое название, форма _____ Инструкция/РУ _____ Соответствие
показания и режима _____

Разовая доза ____ Путь ____ Кратность ____ Срок/условие прекращения ____ Расчёт
индивидуальной дозы _____

Если применение вне инструкции: основание и необходимые документы по действующему
порядку _____

Плановое время дозы ____ Фактическое время ____ Начало операции ____

Повтор дозы/продление: основание, время, доза _____ Контроль/осмотр _____

Решение и исполнение

☐ выполнить ☐ отложить плановое вмешательство ☐ маршрутизировать; причина/куда

Врач _____ Подпись _____ Исполнитель назначения _____ Подпись

Связанные записи: карта _____ хирургический чек-лист _____