(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
ANTİBİYOTİK ONAY FORMU

Doküman Kodu: EÖK.FR.001	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı-Soyadı Yattığı Servis Prot No İlacın Başlama tarihi İlacın dozu ve aralığı	TANI İstem yapılan hekim

	AMPİRİK KULLANIM
Cerrahi profilaksi Diğer profilaktik uygulama	İnfiksiyon bölgesi kaynağı Toplum Hastane Bilinmiyor Kültür için örnek alındımı Evet Hayır

TEDAVİ AMAÇLI KULLANIM				
İnfeksiyon bölgesi				
Kaynağı	Toplum	Hastane	Bilinmiyor	
İncelenen örnek		Kan	İdrar	Alt solunum yolu örneği Yara
		Boş	Yara aspirasyon	Diğer

ÜYENİN MİKROORGANİZMA ÖRNEK NO	DUYARLI OLDUĞU ANTİBİYOTİKLER
Uzman hekim tarafından başlanıp 72 saat sonra enfeksiyon hastalıkları uz.onayı gerektirenler **ANTİBİYOTİKLER (Dahiliye, Cerrahi branşlarda hasta** yattığı anda EHV onayı) Karbenisilin Levofloksasin Mezlosilin Maskifloksasin Ofloksasin Piperasilin Sefoperazon Sefotoksim Seftazidim Seftizoksim Seftriakson Siprofloksasin	Yalnızca enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından yazılabilecek antibiyotikler **ANTİBAKTERİYELLER** İmipenem İsepamisin Linezolid Meropenem Piperasilin+Tazobaktam Sefepim Sefeparazon+Sulbaktam Teikloplanın Tikarsilin Klavunat Vankomisin NOT: Pediatri hastaları için pediatri uzmanı onayı yeterlidir.
ANTİFUNGALLER Amfoterisin Flukanozol	**ANTİFUNGALLER** Lipid veya lipozomal Amfotersin B Kaspofungin Varikanozol
	ANTİVİRAL Asiklovir Abacvir Didanosin Efavirenz Gansiklovir İndinavir Lamivudun 150 mg Neviparin Ritonavir Stavudin Zalsitabin Zidovudin
SONUÇ	KONSÜLTASYON HEKİM