

特定抗菌薬使用届

必要事項を記入後、印刷し薬剤部へ送付してください

患者番号

<<PATIENTNO>>

患者氏名

<<ORIBP_KANJD>>

生年月日

<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>

性別

<<ORIBP_SEX>>

年齢

<<SYAGE>>

感染防止委員会委員長 様

診療科 <<SYDPTNAME>> 医師 <<SYUSRNAME>> (PHS: _____)

特定抗菌薬を使用しますので、下記のとおり届け出ます。

①使用する薬剤について、太枠内の該当する項目に記入してください。 ※複数使用の際にはそれぞれの薬剤使用量を記入してください。

分類	略	一般名	使用薬剤の使用量を記入	生後1か月以降使用量
抗MRSA薬	VCM	バンコマイシン	mg/kg/day	(初日)40-60mg/kg/day 分4 ★要トラフ測定・TDM推奨
	TEIC	テイコプラニン	mg/kg/day	(初日)20mg/kg/day 分2 ★要トラフ測定・TDM推奨
	ABK	アルベカシン	mg/kg/day	(初日)4-6mg/kg/day 分1 ★要トラフ測定・TDM推奨
	MUP	ムピロシン	本	-
第4世代セフェム	CFFM	セフェピム	mg/kg/day	150mg/kg/day 分3
抗緑膿菌ペニシリン	PIPC/TAZ	ピペラシリン・タゾバクタム	mg/kg/day	300mg/kg/day 分3
カルバペネム	MEPM	メロペネム	mg/kg/day	標準:60mg/kg/day 分3 髄膜炎:120mg/kg/day 分3
	その他	()	mg/kg/day	-
キノロン	CPFX	シプロフロキサシン	mg/kg/day	30mg/kg/day 分3
	その他	()	mg/kg/day	-
抗インフルエンザウイルス薬	-	ペラミビル	mg/kg/day	10mg/kg/day 分1
			mg/kg/day	

②治療に関する情報について、太枠内の該当する事項を選択するか記入してください。

血液培養提出	<input type="checkbox"/> 済み	<input type="checkbox"/> 提出予定	<input type="checkbox"/> 周術期使用のため提出なし
他の培養検査	<input type="checkbox"/> 提出済(挿管中・気切の喀痰、尿、髄液、膿など)		<input type="checkbox"/> 検討したが、不要
診断名	<input type="checkbox"/> 敗血症・菌血症(疑い含む)		<input type="checkbox"/> 重症腹腔内感染症
	<input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少症・免疫不全者の発熱		<input type="checkbox"/> 脳膿瘍・シヤント関連髄膜炎など中枢感染症
	<input type="checkbox"/> MRSA感染症(疑い含む)		<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌感染症(疑い含む)
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
使用目的	<input type="checkbox"/> 起因菌を予測した上でのEmpiric therapy		
	<input type="checkbox"/> 起因菌同定後のDefinitive therapy (同定菌: _____)		
使用期間	<input type="checkbox"/> 血液培養48時間陰性確認まで		<input type="checkbox"/> 好中球回復まで
	<input type="checkbox"/> 7日程度		
	<input type="checkbox"/> 上記以外は理由を明記 ()		

受付番号	薬剤部受付	薬剤供給	照会事項	ICT確認

【注意】 抗菌薬の適正使用と多剤耐性菌の出現を予防するために、上記薬剤を使用する場合は本票に所定の事項を記載して薬剤部に提出してください。本票の提出がない場合は、薬剤の供給を行いません。