**六安市中医院抗菌药物临床使用分级管理登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室 |  | 住院号 |  |
| 患者姓名 |  | 入院诊断 |  |

一、抗菌药物应用指征

1、感染诊断（感染部位）：

2、感染性检查指标：

体温\_\_\_\_\_\_\_\_\_℃

白细胞计数\_\_\_\_\_\_\_×109/L

中性粒细胞计数\_\_\_\_\_\_\_\_\_×109/L

中性粒细胞百分比\_\_\_\_\_\_\_\_%

CRP mg/L

PCT ng/mL

影像学诊断：

3、病原学检查及药敏：

是否送病原学检查（□ 是 □ 否）

标本类型：□ 血 □ 痰 □ 分泌物 □ 其他

送检结果：□ 未检出 □ 检出 （结果：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

药敏试验：□ 未做 □ 已做 （结果：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4、预防性应用：

□ 预防手术切口感染

手术名称： 切口类别：

□ 预防特定病原菌所致的或特定人群可能发生的感染：

二、抗菌药物使用登记（“\*”为必填项）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称  \* | 规格  \* | 生产商 | 抗菌药物级别  \* | 用药目的  \* | 用法用量  \* | 起止时间  \* | 使用总量 | 特殊使用级抗菌药物填写 | | | | | | | | |
| 是否紧急情况下使用  \* | 是否会诊  \* | 会诊专家  \* | 是否微生物送检  \* | 微生物送检时机(用药前/用药后)  \* | 微生物检验及药敏结果  \* | 处方医师  \* | 处方时间  \* | 审核药师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

三、抗菌药物疗效

治疗结果：□ 治愈 □ 好转 □ 无效

分析评价：

医师签名：

住院医师（非限制级） 主治医师（限制级） 副高级医师及主任医师（特殊级）

登记日期： 年 月 日