

Mẫu Thông tin Y tế tại Nơi Cấp Thuốc của Sở Y tế Tiểu bang Mississippi

1. Nhập tên và tuổi của mỗi người mà quý vị đang nhận thuốc cho người đó. Ghi tên của <u>quý vị</u> trước tiên	Dị ứng thuốc với bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Tetracycline (Doxycycline)	Dị ứng thuốc với bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Quinolone?	Dị ứng thuốc với bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Penicillin?	Có thai hay Cho con bú?	Quý vị bị Nhược Cơ?	Quý vị có dùng Tizanidin/ Zanaflex (thuốc giãn cơ)?	Quý vị bị động kinh (co giật) hay hiện đang uống thuốc chống co giật?	Quý vị hiện uống Warfarin/ Coumadin (thuốc làm loãng máu)?	Quý vị đang Chạy thận (chạy thận máy)?	Phần tô nền đậm được hoàn thiện bởi nhân viên (Không viết vào phần tô nền đậm)	
1. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
2. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
3. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
4. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
5. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
6. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
7. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
8. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
9. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây
10. Tên (Họ, Tên gọi): _____ Tuổi: ____ Trọng lượng nếu ít hơn 90 pound: _____	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Có Không	Doxycycline Ciprofloxacin Amoxicillin	Đặt Nhân Thuốc Tại đây

Chữ ký Khách hàng: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Code: _____ Số Điện thoại Chính: _____

- Tôi **từ chối** điều trị vào lúc này. Nguy cơ và lợi ích của việc sử dụng thuốc kháng sinh để ngăn ngừa phơi nhiễm đã được giải thích cho tôi. _____ *Ký tắt*
- Tôi tự nhận thuốc cho mình. Tôi đồng ý uống thuốc theo đơn. _____ *Ký tắt*
- Tôi nhận thuốc cho người khác trong hộ gia đình mình. Tôi được ủy quyền ký thay những người đó, và tôi đồng ý cung cấp thuốc theo hướng dẫn cho họ. _____ *Ký tắt*

Phần được hoàn thiện bởi Nhân viên POD:

Nhân viên Xem xét Biểu mẫu: _____ *Ký tắt*

Chữ ký của Y tá Phát Thuốc: _____

Ngày: _____

Các ví dụ về thuốc thuộc nhóm Tetracycline:

Demeclocyclin (Declomycin)

Doxycycline (Adoxa, Bio-Tab, Doryx, Doxy, Monodox, Periostat, Vibra-Tabs, Vibramycin)

Minocycline (Arestin, Dynacin, Minocin, Vectrin)

Oxytetracycline (Terak, Terra-Cortril, Terramycin, Urobiotic-250)

Tetracycline (Achromycin V, Sumycin, Topicycline, Helidac)

Các ví dụ về thuốc thuộc nhóm Quinolone:

Acrosoxacin hay Rosoxacin (Eradacil)

Cinoxacin (Cinobac)

Ciprofloxacin (Cipro, Ciloxan)

Gatafloxacin (Tequin)

Grepafloxacin (Raxar)

Levofloxacin (Levaquin, Quixin)

Lomefloxacin (Maxaquin)

Moxifloxacin (Avelox, ABC Pak)

Nadifloxacin (Acuatim)

Norfloxacin (Chibroxin, Noroxin)

Nalidixic acid (NegGram)

Ofloxacin (Floxin, Ocuflax)

Oxolinic Acid

Pefloxacin (Peflacine)

Rufloxacin

Sparfloxacin (Zagam, Respipac)

Temafloxacin

Trovaflaxacin hay Alatrofloxacin (Trovan)

Các ví dụ về thuốc thuộc nhóm Penicillin:

Amoxicillin (Amoxil, Trimox)

Amoxicillin/Clavulanate Potassium (Augmentin, Augmentin-ES, Augmentin-XR)

Ampicillin (Principen)

Ampicillin sulbactam (Unasyn)

Penicillin VK (Beepen VK, Veetids)

Dicloxacillin (Dynapen)

Oxacillin

Piperacillin/Taxobactam (Zosyn)

Penicillin G Potassium (Pfizerpen)

Bicillin C-R

Bicillin L-A

Penicillin G Procaine (Wycillin)