



کمیته تدوین گایدلاین دانشکده پزشکی  
چک لیست اندیکاسیون تجویز پنتوپرازول داخل وریدی

نام بیمار	بخش بستری	بیمارستان	شماره پرونده	شماره تخت	تاریخ درخواست
اندیکاسیون دریافت:			توضیحات		
عدم امکان تجویز دارو به صورت خوراکی، تهوع و استفراغ شدید یا موارد انسداد روده یا شک به پارگی مجرای گوارشی					
عدم امکان بلع بیمار و احتمال آسپیراسیون ریوی-عدم امکان تجویز خوراکی از راه NG بر اساس گایدلاین					
صبح روز انجام جراحی ماژور					
خونریزی گوارشی فوقانی شدید- تا زمان stable شدن بیمار و آندوسکوپی					
دستور تجویز پنتوپرازول وریدی					توضیحات
دوز					
فواصل تجویز:					
زمان شروع اولین دوز:					
زمان آخرین تجویز:					

این فرم برای دریافت حداکثر دو روز داروی پنتوپرازول وریدی تجویز می شود. برای دریافت مجدد دارو، دوباره بایستی این فرم تکمیل گردد.

نام و امضای پزشک معالج و مهر