



# 항생제 선별 양식 1

예시와 같이 펜이나 연필을 이용해 대문자 정자체로 작성하거나 컴퓨터로 정보를 입력하십시오.

EXAMPLE123

항목에 선택하십시오: ●  
올바르지 않은 예: ⊗

항생제 복용 대상자에 대한 다음 정보를 제공해 주십시오. 이 정보는 보건부에서 이번 공중 보건상 응급 상황을 해결하기 위한 목적으로 사용됩니다. 안내 및 지침은 2페이지를 참조하십시오. 의약품 보급소(Point of Dispensing, POD)에서 항생제를 지급받으려면 1~9번 문항에 반드시 응답해야 합니다.

이름 (First Name)  성 (Last Name)

생년월일(월/일/연도)  자택 우편번호  성별  여성  남성  트랜스젠더  성별을 정의하지 않음

- |  | 예<br>Yes              | 아니요<br>No             |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. 항생제 복용 대상자가 독시사이클린 또는 테트라사이클린 항생제에 심각한 알레르기 반응을 나타내 의학적 치료가 필요했던 적이 있습니까?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 항생제 복용 대상자가 임신 중입니까?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 항생제 복용 대상자가 시프로플록사신(시프로) 또는 기타 플루오로퀴놀론에 심각한 알레르기 반응을 나타내 의학적 치료가 필요했던 적이 있습니까?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 항생제 복용 대상자가 중증근무력증을 앓고 있습니까?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 항생제 복용 대상자가 티자니딘(자나플렉스)을 복용 중입니까?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 항생제 복용 대상자가 테오필린을 복용 중입니까?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 항생제 복용 대상자가 신장 질환을 앓고 있거나 신장 투석을 받고 있습니까?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 항생제 복용 대상자가 알약을 삼키지 못합니까?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 항생제 복용 대상자의 체중이 76lbs. 또는 35kg 미만입니까?<br>예라고 답한 경우 체중 기입: _____ lbs. 또는 _____ kg. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### THIS SECTION FOR POD STAFF ONLY / POD 직원 전용 섹션

#### Medical Evaluation

- Rx: Ciprofloxacin suspension \_\_\_\_\_ mg Q12h X 10 days  Doxycycline (C)
- Rx: Clindamycin \_\_\_\_\_ mg Q8h X 10 days  Doxycycline Only
- Rx: Amoxicillin \_\_\_\_\_ mg Q8h X 10 days  Ciprofloxacin Only

Notes \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

#### Screening

- Doxycycline (C)
- Doxycycline Only
- Ciprofloxacin Only
- Medical Evaluation

Initials \_\_\_\_\_

- 수령한 항생제는 본인이 복용할 예정입니다. 처방된 대로 항생제를 투여하는 데 동의합니다.  
또는
- 수령한 항생제는 이 양식 상단에 이름이 기재된 사람이 복용할 예정입니다. 이 양식 상단에 이름이 기재된 사람에게 항생제와 지침을 전달하는 데 동의합니다.

이름(정자체) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 안내 및 지침

양식을 작성하고 "양식 검사/프린트"를 클릭하면 여러분이 받을 항생제를 컴퓨터가 결정합니다. 작성한 양식을 프린트하여 POD로 가져오시기 바랍니다. 이렇게 하면 직원에게 신속한 서비스를 받을 수 있습니다. POD에서 이 양식을 작성하실 수도 있습니다.

**문항 1:** 심각한 알레르기 반응이란 호흡 및/또는 삼키기 문제, 얼굴, 눈, 혀의 붓기 또는 가슴 통증을 일으킬 수 있는 생명에 위협이 되는 반응입니다. 항생제의 일반적인 부작용으로는 설사, 배탈이 있으며 이는 심각한 알레르기 반응이 아닙니다.

테트라사이클린은 박테리아 감염을 예방 또는 치료하는 항생제 그룹으로, 독시사이클린, 미노사이클린 및 테트라사이클린이 포함됩니다. 독시사이클린 또는 기타 테트라사이클린에 심각한 알레르기 반응을 보이는 사람은 독시사이클린을 복용할 수 없으며 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 2:** 일반적으로 임산부에게는 시프로플록사신이 권장됩니다. 그러나 탄저병에 노출되었다면 탄저병 감염을 막기 위해 독시사이클린도 복용해야 합니다. 임산부는 다른 선별 질문에 대한 답변을 기반으로 독시사이클린 또는 시프로플록사신을 받을 수 있습니다. 이런 분들은 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 3:** 심각한 알레르기 반응이란 호흡 및/또는 삼키기 문제, 얼굴, 눈, 혀의 붓기 또는 가슴 통증을 일으킬 수 있는 생명에 위협이 되는 반응입니다. 항생제의 일반적인 부작용으로는 설사, 배탈이 있으며 이는 심각한 알레르기 반응이 아닙니다.

플루오로퀴놀론은 박테리아 감염을 예방 또는 치료하는 항생제 그룹으로, 시프로플록사신, 레보플록사신 및 목시플록사신이 포함됩니다. 시프로플록사신 또는 기타 플루오로퀴놀론에 심각한 알레르기 반응을 보이는 사람은 시프로플록사신을 복용할 수 없으며 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 4:** 중증근무력증은 근육 약화를 일으키는 만성 질환입니다. 시프로플록사신은 중증근무력증을 더욱 악화시킬 수 있습니다. 독시사이클린에는 이러한 부작용은 없습니다. 중증근무력증 진단을 받은 적이 있는 사람은 시프로플록사신을 복용할 수 없으며 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 5:** 티자니딘(자나플렉스)은 근육 경련을 완화하는 약입니다. 시프로플록사신은 티자니딘(자나플렉스)의 부작용을 더욱 악화시킬 수 있습니다. 독시사이클린에는 이러한 부작용은 없습니다. 현재 티자니딘(자나플렉스)을 복용 중인 사람은 시프로플록사신을 복용할 수 없으며 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 6:** 테오필린은 몇 가지 호흡 문제를 치료하는 약입니다. 시프로플록사신은 테오필린의 부작용을 더욱 악화시킬 수 있습니다. 독시사이클린에는 이러한 부작용은 없습니다. 현재 테오필린을 복용 중인 사람은 시프로플록사신을 복용할 수 있지만 복용하는 테오필린의 양을 확인해야 합니다. 이런 분들은 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 7:** 신장 질환은 신장이 손상되어 혈액을 정상적으로 걸러내지 못한다는 의미입니다. 신장이 손상되면 시프로플록사신을 처리하는 신체 기능이 저하됩니다. 그러나 신장이 손상되더라도 독시사이클린을 처리하는 신체 기능은 저하되지 않습니다. 신장 질환이 있거나 신장 투석을 받는 사람은 시프로플록사신을 복용할 수 있지만 복용량을 줄여야 합니다. 이런 분들은 이 질문에 "예"라고 답변해야 합니다.

**문항 8:** 알약을 삼키지 못하는 사람은 알약으로 인해 구토, 헛구역질, 질식이 유발될 수 있습니다. 이런 분들은 액체 항생제 또는 으갠 수 있는 항생제를 받아야 합니다. 알약을 삼킬 수 없는 사람은 이 질문에 "예"라고 답해야 합니다.

**문항 9:** 체중이 76파운드 또는 35킬로그램 미만인 사람은 적은 양의 항생제를 복용해야 할 수도 있습니다. 이런 분들은 이 질문에 "예"라고 답하고 체중을 기입해야 합니다.