

**Scheda di Prescrizione e Monitoraggio ANTIBIOTICI**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DAPTOMICINA 350 MG FL (allegare consulenza infettivologica) 09810192  | <input type="checkbox"/> LINEZOLID 600 MG CP (escluse Mal. Inf. e T.I.) 09810191    |
| <input type="checkbox"/> DAPTOMICINA 500 MG FL (allegare consulenza infettivologica) 09810193  | <input type="checkbox"/> LINEZOLID 600 MG SACCHE (escluse Mal. Inf. e T.I.) 0983376 |
| <input type="checkbox"/> CEFTOBIPROLO 500 MG FL (allegare consulenza infettivologica) 09810428 | <input type="checkbox"/> TEICOPLANINA 200 MG FL 09812321                            |
| <input type="checkbox"/> ERTAPENEM 1 G FL (escluse Mal. Inf. e T.I.) 0982865                   | <input type="checkbox"/> TEICOPLANINA 400 MG FL 09810339                            |
| <input type="checkbox"/> MEROPENEM 500 MG FL (escluse Mal. Inf. e T.I.) 0981951                | <input type="checkbox"/> TIGECICLINA 50 MG FL 0981768                               |
| <input type="checkbox"/> MEROPENEM 1 G FL (escluse Mal. Inf. e T.I.) 0981949                   |   |

DATA: \_\_\_\_\_

UNITA' OPERATIVA: \_\_\_\_\_

CENTRO DI COSTO: \_\_\_\_\_

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE (applicare nell'apposito spazio l'etichetta del paziente)

ETICHETTA  
PAZIENTE

DATA INIZIO TERAPIA: \_\_\_\_\_ DURATA PREVISTA TRATTAMENTO: \_\_\_\_\_

POSOLOGIA: \_\_\_\_\_

 PRIMA PRESCRIZIONE CONTINUAZIONE TERAPIA

TIPO DI TERAPIA:

 MIRATA

- ORGANISMO/I ISOLATO/I: \_\_\_\_\_
- SITO DI ISOLAMENTO: \_\_\_\_\_

 EMPIRICA

SEDE DI INFEZIONE:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BATTERIEMIA/SEPSI<br><input type="checkbox"/> ENDOCARDITE<br><input type="checkbox"/> INFEZIONE PIEDE DIABETICO<br><input type="checkbox"/> INFEZIONE POST-CHIRURGICA (SEDE DI INTERVENTO: _____)<br><input type="checkbox"/> POLMONITE:<br><input type="checkbox"/> NOSOCOMIALE IN PAZ NON IN VENTILAZIONE INVASIVA<br><input type="checkbox"/> NOSOCOMIALE IN PAZ IN VENTILAZIONE INVASIVA<br><input type="checkbox"/> DI COMUNITA' | <input type="checkbox"/> CUTE E TESSUTI MOLLI<br><input type="checkbox"/> INFEZIONI INTRADDOMINALI<br><input type="checkbox"/> INFEZIONI VIE GINECOLOGICHE<br><input type="checkbox"/> INFEZIONI VIE URINARIE<br><input type="checkbox"/> ALTE<br><input type="checkbox"/> BASSE<br><input type="checkbox"/> OSTEOMIELETTI<br><input type="checkbox"/> ALTRA INFEZIONE(SPECIFICARE): _____ |
|--|--|

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE****RISERVATO ALLA FARMACIA**

QUANTITA' CONSEGNATA (fino ad un max di 10 giorni di terapia): \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

IL FARMACISTA: \_\_\_\_\_