

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