**SCHEDA PER LA RICHIESTA DI FORNITURA DI ANTIBIOTICI AD USO OSPEDALIERO (H) DA SOMMINISTRARE PRESSO I CENTRI DI SERVIZIO**

inviare a consulto.infettivologo@aulss8.veneto.it, copia a vinicio.manfrin@aulss8.veneto.it

**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DEL CENTRO DI SERVIZIO**

Data Richiesta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si richiede Valutazione per la fornitura del seguente Antibiotico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA SOMMINISTRARE PRESSO IL CENTRO DI SERVIZIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CDCOSTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vedi All.1)**

per il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASL di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

**Condizioni generali del Paziente**

Stato di coscienza (deficit Cognitivo Assente, modesto, Severo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato di allettamento (Presente, assente) \_\_\_\_\_\_\_

Nutrizione (Orale, Sondino NG, PEG) \_\_\_\_\_

Funzionalità renale (creatinina, FGR) \_\_\_\_\_\_\_

Peso (Kg) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motivazione per la Richiesta**

* Infezione Documentata da germi sensibili che non abbiano ulteriore possibilità terapeutica

Sede Infezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Germe (allega antibiogramma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Terapia Empirica

Sede infezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapie precedenti (Farmaco, Dosaggio, Durata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Altre Motivazioni (Specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Disponibilità di accesso venoso affidabile per somministrazione farmaci parenterali (S/N) \_\_\_\_\_\_**

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELL’INFETTIVOLOGO**

Farmaco Consigliato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Formulazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosaggio Diluizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via di Somministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Velocità infusione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Monitoraggio necessario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata Somministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Cognome del medico ospedaliero

­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_