

RICHIESTA MOTIVATA ANTIBIOTICI

U.O. _____ P.O. _____

Per il Paziente _____ Data di Nascita ____/____/____ Peso ____
(cognome e nome)

n° cartella clinica _____

affetto da _____ in atto al ricovero SI NO

si richiede il seguente farmaco (principio attivo) esclusivamente secondo le seguenti limitazioni inserite nel PTA :

- Tigecilina 50 mg polvere per infusione** (Da utilizzare in caso di necessità quando altre terapie antibiotiche non hanno dato opportune risposte Agg DGRC 1176 del 11/07/2008.)
- Linezolid 600 mg cpr** (Farmaco da utilizzare solo nelle infezioni gravi da Gram + resistenti ad altri antibiotici nei Centri di Rianimazione e Terapia Intensiva o di Alta Specializzazione ed eventualmente in altri reparti solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Centri.)
- Linezolid 2 mg/ml sacche** (Farmaco da utilizzare solo nelle infezioni gravi da Gram + resistenti ad altri antibiotici nei Centri di Rianimazione e Terapia Intensiva o di Alta Specializzazione ed eventualmente in altri reparti solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Centri.)
- Linezolid 100 mg/5 ml granulato per sospensione** (Farmaco da utilizzare solo nelle infezioni gravi da Gram + resistenti ad altri antibiotici nei Centri di Rianimazione e Terapia Intensiva o di Alta Specializzazione ed eventualmente in altri reparti solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Centri.)
- Daptomicina 350 mg polvere per infusione** (Da utilizzare in caso di necessità quando altre terapie antibiotiche non hanno dato opportune risposte)
- Daptomicina 500 mg polvere per infusione** (Da utilizzare in caso di necessità quando altre terapie antibiotiche non hanno dato opportune risposte)

da somministrare alla posologia di _____/die os im ev inf

per n. _____ giorni (fino ad un max di 5 gg di terapia ad eccezione di terapia mirata) per il seguente motivo :

- TERAPIA MIRATA SU ANTIBIOGRAMMA
- TERAPIA EMPIRICA IN ATTESA DI ANTIBIOGRAMMA
- INFEZIONE GRAVE CON IMPOSSIBILITA' DI RACCOLTA MATERIALE PER ESAME BATTERIOLOGICO (SPECIFICARE LE MOTIVAZIONI) _____
- VARIAZIONE DELLA TERAPIA PER EFFETTI COLLATERALI
- VARIAZIONE DELLA TERAPIA MIRATA PER IMPOSSIBILITA' SOMMINISTRAZIONE PER OS EV
- PROTOCOLLO ANTIMICROBICO IN CORSO DI TERAPIA ANTIBLASTICA
- PROFILASSI ANTIMICROBICA PER INTERVENTO CHIRURGICO
Specificare tipo: _____
- ALTRO (o annotazioni) _____

Altri antimicrobici associati SI NO . Precisare quali : _____

a cura della FARMACIA

Farmaco consegnato _____ Quantità consegnata _____

Data richiesta ____/____/____

Firma leggibile del Medico richiedente

Firma leggibile del Farmacista

Firma leggibile di chi ritira

N.B. Le richieste non integralmente compilate non saranno evase