

Unità Operativa ..... Ospedale ..... Data .....

Nome e Cognome ..... data di nascita .....

**SEDE DI INFEZIONE**

<input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi	<input type="checkbox"/> Cute e Tessuti Molli
<input type="checkbox"/> Endocardite	<input type="checkbox"/> Infezione endo-addominale
<input type="checkbox"/> Infezione Piede Diabetico	<input type="checkbox"/> Infezione vie urinarie <input type="checkbox"/> Alte <input type="checkbox"/> Basse
<input type="checkbox"/> Infezione post-chirurgica	<input type="checkbox"/> Osteomielite
sede di intervento .....	
<input type="checkbox"/> Polmonite	<input type="checkbox"/> Altra infezione ⇒ specificare
<input type="checkbox"/> Nosocomiale in paziente NON in ventilazione invasiva <input type="checkbox"/> Nosocomiale in paziente in ventilazione invasiva <input type="checkbox"/> Di comunità	

**TERAPIA**

<input type="checkbox"/> Mirata su antibiogramma	<input type="checkbox"/> Empirica
organismo/i isolato/i ..... sito di isolamento .....	<input type="checkbox"/> in attesa di antibiogramma <input type="checkbox"/> con impossibilità raccolta campione per esame batteriologico specificare motivazione..... <input type="checkbox"/> per fallimento clinico antibiotici di prima scelta specificare quali.....

Farmaci	limitazioni	Dose/die	richiesto	erogato
<input type="checkbox"/> daptomicina 350 mg f (CUBICIN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da Staphylococcus aureus.</li> <li>Infezioni complicate di cute e tessuti molli in assenza di alternative</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> daptomicina 500 mg f (CUBICIN)				
<input type="checkbox"/> Imipenem + cilastatina f. 500 mg (TIENAM/TENACID)	Da NON utilizzare in caso di rischio epilettogeno			
<input type="checkbox"/> Levofloxacin 500 mg f. (LEVOXACIN/TAVANIC)	Utilizzare per il più breve periodo necessario. Appena possibile, vista l'elevata biodisponibilità passare alla forma orale.			
<input type="checkbox"/> Linezolid cp 600 mg OS (ZYVOXID)	Solo in caso di antibiogramma specifico con resistenza o fallimento delle molecole di prima scelta e dei glicopeptidi.			
<input type="checkbox"/> Linezolid sacca 2mg/ml (ZYVOXID)				
<input type="checkbox"/> Meropenem f. 500 mg (MERREM)	Solo in caso di controindicazioni all'imipenem			
<input type="checkbox"/> Teicoplanina f. 200 mg (TARGOSID)	Solo in caso di resistenza e/o fallimento delle molecole di prima scelta e della vancomicina			
<input type="checkbox"/> tigeciclina 50 mg f (TYGACIL)	Solo in terapia mirata in <ul style="list-style-type: none"> <li>infezioni di cute e tessuti molli con MRSA con MIC di vancomicina &gt; 1</li> <li>infezioni intraaddominali da G negativi in assenza di alternative</li> </ul>			

si evadono quantitativi per max 8 gg di terapia

**Terapia antibiotica in associazione:** .....

.....  
timbro e firma del Medico prescrittore

Il Farmacista che valuta la richiesta.....

**NB: Le richieste non integralmente compilate non saranno evase**