



Modulo di richiesta motivata  
degli antibiotici per singolo  
paziente

Codice: MODFARM03

Data: 15 febbraio 2016

Revisione: 1

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"/> <b>Mirata su antibiogramma</b>	<input type="checkbox"/> <b>Empirica</b>
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)	• Endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da Staphylococcus aureus. • Infezioni complicate di cute e tessuti molli in assenza di alternative			
<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"/> Meropenem f. 1 g (MERREM)				
<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 • infezioni di cute e tessuti molli con MRSA con MIC di vancomicina > 1 • infezioni intraaddominali da G negativi in assenza di alternative			

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**