



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"/> 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)	• 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