

RICHIESTA MOTIVATA ANTIMICROBICI SALVAVITA DI RARO IMPIEGO E DI COSTO ELEVATO PROCEDURA:

DURANTE L'ORARIO DI APERTURA DELLE FARMACIE OSPEDALIERE DI COMPETENZA TERRITORIALE I FARMACI IN ELENCO VANNO RICHIESTI ALLA FARMACIA OSPEDALIERA COMPETENTE TERRITORIALMENTE SOLO DOPO AVER ACQUISITO TELEFONICAMENTE IL PARERE FAVOREVOLE DEL RESPONSABILE O DELEGATO DELLE MALATTIE INFETTIVE DI CASALE M.
 LA PROCEDURA, CHE MIRA A RIDURRE ALL'ESSENZIALE L'IMPIEGO DEGLI ANTIMICROBICI SALVAVITA, PREVEDE CHE QUESTA RICHIESTA VENGA INVIATA PER FAX ALLE MALATTIE INFETTIVE DOPO AVERLE CONTATTATE TELEFONICAMENTE.
 LA SOC MALATTIE INFETTIVE SI IMPEGNA A RESTITUIRE LA RICHIESTA PER FAX CON L'AUTORIZZAZIONE O PROPONENDO PER SCRITTO UNA SOLUZIONE TERAPEUTICA ALTERNATIVA NEL PIU' BREVE TEMPO.
 SOLO QUANDO LA FARMACIA DI COMPETENZA E' CHIUSA I FARMACI VANNO RICHIESTI DIRETTAMENTE ALLA RIANIMAZIONE DI CASALE M. CHIEDENDO, SE POSSIBILE, IL PARERE DELL'INFETTIVOLOGO RESPONSABILE DI TURNO DI CASALE

- IL FARMACO ANTIMICROBICO VIENE POI RICHIESTO E CONSEGNATO DALLA DIVISIONE DI RIANIMAZIONE (*) DEL P.O. DI CASALE
- LA RICHIESTA DEVE ESSERE SUCCESSIVAMENTE INVIATA DALLA RIANIMAZIONE ALLA FARMACIA DEL P.O. DI CASALE (*) PER IL REINTEGRO DELLA SCORTA E LO SCARICO AL REPARTO RICHIEDENTE.
- IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DELLA RIANIMAZIONE DEVE GARANTIRE LA PRESENZA DEI FARMACI SALVAVITA COME INDICATO NELLA TABELLA FARMACI SALVAVITA PRESENTE SUL SITO AZIENDALE V. FARMACI D'EMERGENZA (link per l'accesso in alto a destra Home page sito ASL AL), E UTILIZZARE PRIMA QUELLI PIU' VICINI ALLA SCADENZA, SEGNALANDO EVENTUALI FARMACI IN SCADENZA 2-3 MESI PRIMA ALLA FARMACIA.

UNITA' OPERATIVA.....CENTRO DI COSTO SEDE DI..... Data.....

SI RICHIEDE

- **ALLA FARMACIA**
- **in orario di chiusura della Farmacia ALLA SOC RIANIMAZIONE (CASALE M.) (*)**

per il paziente.....affetto da.....in atto al ricovero SI NO e per il seguente motivo:

- TERAPIA MIRATA (T.M.) 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' DI SOMMINISTRAZIONE CS PARENTERALE
 PROTOCOLLO ANTIMICROBICO INCORSO DI TERAPIA ANTIBLASTICA
 ANTIBIOTICO ASSOCIATO..... ALTRO (O ANNOTAZIONI).....

IL SEGUENTE ANTIMICROBICO:

N. FIALE	Descriz ATC	Descrizione Specialità
	DAPTOMICINA	MG.350 – MG.500 (CUBICIN)
	AMFOTERICINA B	FUNGIZONE 50 mg polv. per soluz. per infusione 1 flacone 10 ml
	AMFOTERICINA B Liposomiale	AMBISOME 50 MG F EV
	ANIDULAFUNGINA (*)	ECALTA 100 mg polv. e 30 ml solv. per conc. per soluz. per inf. uso ev
	VORICONAZOLO	VFEND MG.200 F.EV

(*) 10 F. DI ANIDULAFUNGINA (ECALTA) SONO PRESENTI PRESSO LA RIANIMAZIONE DI NOVI E LA MODALITA' DI REINTEGRO E SCARICO E' LA STESSA E VA INVIATA ALLA FARMACIA DI NOVI

ACQUISITO PARERE RESPONSABILE MALATTIE INFETTIVE DI CASALE M: TELEFONO 0142-43-4341 (Coord. Infermieristico) - FAX 0142 – 434305 (AMBULATORIO)
Prima si deve sempre telefonare al TELEFONO 0142-43-4341

FIRMA LEGGIBILE INFETTIVOLOGO _____ (indispensabile in orario di apertura della farmacia di competenza)

IL MEDICO REPARTO SOC/SOS RICHIEDENTE Firma e Timbro.....

SI AUTORIZZA: IL MEDICO RESPONSABILE RIANIMAZIONE CASALE M.

SI RICHIEDE ALLA FARMACIA IL RIPRISTINO DELLA SCORTA DEL FARMACO NELLA QUANTITA' RICHIESTA CON ADDEBITO AL REPARTO RICHIEDENTE - LA RICHIESTA IN ORARIO DI CHIUSURA DELLA FARMACIA, VA INVIATA IN FARMACIA APPENA POSSIBILE