

**RICHIESTA MOTIVATA TERAPIA ANTIMICROBICA E ANTIMICOTICA
PREVENZIONE RESISTENZE**

P.O. _____ Struttura _____

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

TERAPIA EMPIRICA

TERAPIA MIRATA ANTIBIOGRAMMA

MOTIVAZIONE TERAPIA ANTIBIOTICA	MOTIVAZIONE TERAPIA ANTIMICOTICA
<input type="checkbox"/> Sepsi <input type="checkbox"/> Infezione multiorgano <input type="checkbox"/> Polmonite <input type="checkbox"/> Infezione addominale non specificata <input type="checkbox"/> Infezioni delle vie urinarie <input type="checkbox"/> Infezione ferita chirurgica <input type="checkbox"/> Infezione apparato gastrointestinale <input type="checkbox"/> Infezione post intervento (specificare la sede) <input type="checkbox"/> Infezione in altra sede	<input type="checkbox"/> terapia empirica neutropenia febbrile <input type="checkbox"/> terapia empirica micosi invasiva <input type="checkbox"/> fallimento terapeutico dopo 96 h <input type="checkbox"/> profilassi _____ <input type="checkbox"/> intolleranza
<input type="checkbox"/> Imipenem 500 mg+cilastatina 500 mg 20 ml fl	<input type="checkbox"/> Anfotericina B 50 mg ev
<input type="checkbox"/> Levofloxacin 500 mg/100 ml	<input type="checkbox"/> Anfotericina B compless. lip. 100 mg ev
<input type="checkbox"/> Linezolid 2 mg/ml fl	<input type="checkbox"/> Caspofungin 50 mg fl ev
<input type="checkbox"/> Meropenem 1g ev fl	<input type="checkbox"/> Voriconazolo 200 mg fl ev
<input type="checkbox"/> Meropenem 500 mg ev fl	<input type="checkbox"/> Anidulafungina 100 mg fl ev
<input type="checkbox"/> Ertapenem 1 g fl	<input type="checkbox"/> Micafungina 100 mg fl ev
<input type="checkbox"/> Teicoplanina 200 mg/3 ml fl	
<input type="checkbox"/> Daptomicina 350 mg ev fl	
<input type="checkbox"/> Daptomicina 500 mg ev fl	
<input type="checkbox"/> Piperacillina 2 g + tazobactam 0,25 g fl	
<input type="checkbox"/> Piperacillina 4 g + tazobactam 500mg fl	
<input type="checkbox"/> Tigeciclina 50 mg/5 ml fl ev	
<input type="checkbox"/> Vancomicina fl 1g opp 500 mg fl ev	
<input type="checkbox"/> Ceftolozano+tazobactam 1g/0,5g fl ev	

Dosaggio/die _____ Durata prevista trattamento _____

N° confezioni richieste _____

Il Medico richiedente _____

Data _____

Il Farmacista _____