



## MODULO RICHIESTA MOTIVATA PER ANTIBIOTICI (MOD. 1)

UNITA' OPERATIVA.....

Data.....

### SEZIONE A (a cura del medico prescrivente)

Si richiede per il paziente.....cartella clinica n. ....

affetto da.....in atto al ricovero  SI  NO

il seguente farmaco(*principio attivo*):.....

da somministrare alla posologia di...../die  os  im  ev  fleb per

n.....giorni (fino ad un max di 5 gg di terapia ad eccezione di terapia mirata) 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  OS  PARENTERALE

PROTOCOLLO ANTIMICROBICO IN CORSO DI TERAPIA ANTIBLASTICA

PROFILASSI ANTIMICROBICA PER INTERVENTO CHIRURGICO

SPECIFICARE TIPO:.....

ALTRO (O ANNOTAZIONI).....

Altri antimicrobici associati  SI  NO precisare.....

Il Medico richiedente .....

Firma (Leggibile).....

### SEZIONE B (a cura del Servizio di farmacia)

Annotazioni:.....

Quantità consegnata.....Data di consegna.....

Firma del Ricevente..... Firma del Farmacista.....

Antibiotici per i quali si richiede la compilazione del Mod.1:

1. Cefalosporine di III generazione: (cefotaxima sodica, ceftriaxone sodico, ceftazidime , cefodizima, ceftizoxima).
2. Cefepime
3. Daptomicina
4. Fluorochinoloni ev (ciprofloxacina, levofloxacina)
5. Imipem-cilastatina
6. Linezolid
7. Meropenem
8. Piperacillina/Tazobactam  
Quinupristin/Dalfopristin
9. Tigeciclina, con antibiogramma allegato
10. Teicoplanina
11. Vancomicina