

AZIENDA SANITARIA LOCALE 02Lanciano Vasto Chieti
MODULO PER ANTIBIOTICI A RICHIESTA MOTIVATA

P.O. _____ U.O. _____

Paziente _____

N. SDO: _____ Ricoverato il: _____

Motivo della richiesta Nuova terapia Prosecuzione terapia (iniziata il: _____)
(in caso di trasferimento del paziente tra UU.OO., in particolare da Terapia Intensiva, effettuare SEMPRE rivalutazione della terapia antibiotica e consulenza Malattie Infettive se disponibile).

Indicazione clinica _____

Tipo di Infezione Polmonare Urinaria Chirurgica Settica Aspecifica

a) Prima scelta dal punto di vista microbiologico

- microrganismo (specificare) _____

- antibiogramma (allegare)

(in assenza di antibiogramma verrà consegnato il fabbisogno per 2 giorni di terapia)

b) Consulenza specialistica (specificare) _____

c) Allergia/Intolleranza ad altri antibiotici attivi (specificare) _____

d) Altro (specificare): _____

Terapia già in atto da _____ **giorni - Iniziata nella U.O.** _____

Antibiotico richiesto _____

Dose _____ **n° somministrazioni/die** _____

Durata presunta del trattamento _____

(N.B.: verrà fornito fabbisogno per massimo 5 giorni di terapia)

Data _____

Timbro e firma del Medico

Data _____

Timbro e firma del Farmacista

Quantità consegnata _____