

**SCHEDA PER RICHIEDERE ALLA FARMACIA OSPEDALIERA  
IMIPENEM · MEROPENEM · ERTAPENEM · LINEZOLID**

*L'uso di questi antibiotici è da limitare alle infezioni complicate causate da batteri con sensibilità accertata o molto probabile*

**A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

U.O. richiedente: \_\_\_\_\_ Data richiesta: \_\_\_\_\_  
N° Cartella Clinica: \_\_\_\_\_ Data inizio terapia: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Età Paziente: \_\_\_\_\_

**PRINCIPALI INDICAZIONI CLINICHE (MOTIVAZIONE RICHIESTA CONSULENZA)**

- Sepsi**       **IVU complicate**  
 **CAP**       **Infezioni intra-addominali complicate**  
 **Infezioni osteoarticolari**       **Infezioni complicate di cute e tessuti molli**  
 **Infezioni intra e post-partum (solo Stabilimento di Alghero)**       **Meningite batterica acuta (solo meropenem)**  
 **Infezioni broncopolmonari nella fibrosi cistica (solo meropenem)**       **Trattamento empirico della neutropenia febbrale (no ertapenem)**

**FARMACO RICHIESTO (specificare principio attivo)**

- Inizio terapia**       **Proseguimento terapia**

**Farmaco richiesto** (specificare principio attivo): \_\_\_\_\_

**Posologia:** \_\_\_\_\_

**Durata terapia** (massimo 72 ore): \_\_\_\_\_  
dopodichè richiedere consulenza infettivologica

**Medico prescrittore:** \_\_\_\_\_

- Terapia mirata** (allegare antibiogramma)       **Terapia empirica**

**DOPO 72 ORE DALL'INIZIO DELLA TERAPIA RICHIEDERE CONSULENZA INFETTIVOLOGICA****A CURA DELL'INFETTIVOLOGO**

**Infettivologo che ha prestato la consulenza:** \_\_\_\_\_

**Farmaco richiesto** (specificare principio attivo): \_\_\_\_\_

**Posologia:** \_\_\_\_\_

**Durata terapia:** \_\_\_\_\_

- Terapia mirata** (allegare antibiogramma)       **Terapia empirica**

**In caso di indicazioni off-label allegare:**

- consenso informato
- autorizzazione Direzione Medica di Presidio
- relazione clinica con dichiarazione di responsabilità del Medico prescrittore

**ANTIBIOTICI UTILIZZABILI COME 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> SCELTA**