



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI

**TIGECICLINA ev**

Paziente: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Diagnosi Di Ricovero: \_\_\_\_\_

**Indicazioni Autorizzate**

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI), escluse le infezioni del piede diabetico
- Infezioni complicate intra-addominali (cIAI)
- Altro (specificare).....

<b>Specifiche della richiesta:</b>	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*	
POSOLOGIA**	
QUANTITA' RICHIESTA	
QUANTITA' CONSEGNATA	

\* 5-14 giorni (la durata della terapia deve essere guidata dalla gravità, dal sito dell'infezione e dalla risposta clinica del paziente).  
 \*\* adulti: dose iniziale di 100 mg seguita da 50 mg/12 ore; bambini da 8 a <12 anni: 1,2 mg/kg/ogni 12 ore fino a una dose massima di 50 mg/ 12 ore; dolescenti da 12 a <18 anni: 50 mg/12 ore. .

Data Richiesta \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

Farmacista ospedaliero  
(firma)

Medico richiedente  
(firma e timbro)