

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)	 REGIONE LAZIO
	MODULO DI RICHIESTA MOTIVATA PER ANTIBIOTICOPROFILASSI	Rev. 0 11/04/2016

P.O. _____ U.O.C. _____

Nome e cognome Paziente _____

Tipo di Infezione (descrivere) _____

Antibiotico richiesto _____

Dose e n° somministrazioni/die _____

Durata presunta dell'intervento _____

Motivazione della richiesta:

a. Procedura Aziendale "Profilassi Antibiotica in Chirurgia":

- intervento chirurgico (specificare) _____
- ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Indicazione presente in scheda tecnica ☐ Si ☐ No

b. Consulenza Infettivologo ☐ Si ☐ No

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

d. Altro (specificare): _____

Motivazione della richiesta di prosecuzione della terapia:

a. Prima scelta dal punto di vista microbiologico:

- Microrganismo (specificare) _____
- Antibiogramma (allegare) ☐ Si ☐ No
- Terapia empirica in attesa di antibiogramma
- Infezione grave con impossibilità di raccolta materiale per esame batteriologico (specificare le motivazioni) _____
- variazione della terapia mirata per impossibilità di somministrazione:
☐ os ☐ parenterale terapia precedente _____

b. Consulenza Infettivologo ☐ Si ☐ No

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

d. Altro (specificare): _____

Data richiesta ____/____/____

(Timbro e Firma leggibile del Medico richiedente)

(Spazio a cura della Farmacia)

Annotazioni:.....

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

(Timbro e Firma leggibile del Farmacista)

N.B. le richieste non integralmente completate non saranno evase

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)		
	MODULO DI RICHIESTA MOTIVATA PER ANTIBIOTICOPROFILASSI		Rev. 0 11/04/2016

Antibiotici per i quali si richiede la compilazione del “Modulo di richiesta motivata per farmaci antibiotici MRPGCC-ICA01/1”:

- Cefalosporine di III generazione
- Cefepime.
- Daptomicina.
- Fluorochinoloni ev (levofloxacin).
- Imipenem-cilastatina.
- Linezolid.
- Meropenem.
- Piperacillina/Tazobactam
- Tigeciclina.
- Teicoplanina.
- Vancomicina.

N.B. le richieste non integralmente completate non saranno evase