



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTAROLINA FOSAMIL 600 mg ev (ZINFORO)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- ☐ Infezioni complicate della cute
☐ Polmonite acquisita in comunità
☐ Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:

Sì

NO

TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)

TERAPIA MIRATA

ANTIBIOGRAMMA

Specificare sito di prelievo:

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 per le cSSTI; 5-7 giorni per la CAP.

** Dose standard: 600mg ogni 12 ore; Dose elevata: 600mg ogni 8 ore.

La prescrizione nell'indicazione "POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITA' (CAP)" è a carico del SSN solo in caso di fallimento terapeutico con altro antibiotico

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)