



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
COLISTIMETATO EV**

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

* Colimicina è indicato negli adulti e nei bambini, neonati inclusi, per il trattamento di infezioni gravi dovute a determinati patogeni Gram-negativi in pazienti per i quali le opzioni terapeutiche sono limitate

Specificare il tipo di infezione:.....

Specifiche della richiesta:	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	

* La durata del trattamento deve essere stabilita tenendo conto della gravità dell'infezione e della risposta clinica.

** dose di mantenimento: 9 MUI (milioni di U I)/die suddivisi in 2-3 dosi. Dose di carico di 9 MUI in un'unica dose.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)