



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
DAPTOMICINA ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- ☐ Pazienti adulti e pediatrici (da 1 a 17 anni) con infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- ☐ Pazienti adulti con endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da *Staphylococcus aureus*
- ☐ Pazienti adulti con batteriemia da *Staphylococcus aureus* (SAB) associata a RIE o a cSSTI
- ☐ Pazienti pediatrici (da 1 a 17 anni) con batteriemia da *Staphylococcus aureus* (SAB) associata a cSSTI

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

* Adulti: cSSTI senza concomitante SAB: 7-14 giorni o fino alla risoluzione dell'infezione; cSSTI con concomitante SAB: può essere necessario prolungare la durata della terapia per più di 14 giorni.

** Adulti: cSSTI con concomitante SAB: 6 mg/kg ogni 24 ore; cSSTI senza concomitante SAB: 4 mg/kg ogni 24 ore; Nota o sospetta RIE da *Staphylococcus aureus*: 6 mg/kg ogni 24 ore.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)