

**AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI O.G.P. "S. CAMILLO DE LELLIS"–
RIETI**

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici - Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

RICHIESTA PERSONALIZZATA COLISTIMETATO SODICO

U.O. _____

Nome e cognome del paziente _____

data di nascita _____

DOSE DIE _____ **DURATA TERAPIA** _____

indicazione terapeutica:

- infezioni *Pseudomonas*
- infezioni altri gram –
- infezioni *Acinetobacter*

TIMBRO E FIRMA DELL'INFETTIVOLOGO _____

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____