

SCHEDA PERSONALIZZATA PER LA PRESCRIZIONE
DI
FOSFOMICINA DISODICA (INFECTOFOS)
(Revisione ASL Rieti 2019 vers. 1.0)
U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici
Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

**COMITATO DI CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E
ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP**

U.O. Richiedente _____ Data _____

Paziente _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Diagnosi: patologia di base _____

Infezione : sospetta certa

Indicazioni terapeutiche:

Infezioni da germi multiresistenti

- Gram – MDR/XDR
- Gram + MRSA
- Altri _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
Fosfomicina disodica	4 g/100 ml		

- 1° scelta
- 2° scelta, antibiotico usato in precedenza _____
- 3° scelta, antibiotici usati in precedenza _____

Durata prevista:

- 1° trattamento per giorni _____
- Prosecuzione per giorni _____

Medico Richiedente _____
Telefono interno _____
Firma e Codice _____

➤ Si allegano antibiogramma e/o consulenza infettivologica