

**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 :

- Polmonite nosocomiale da Gram-positivi sensibili
- Polmonite acquisita in comunità da Gram-positivi sensibili
- Infezioni complicate cute a tessuti molli da Gram-positivi sensibili

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
Linezolid	600 mg sacca inf.		
Linezolid	600 mg cp		

- 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**