

(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

NB: Nota informativa importante AIFA Aprile 2019 sulla restrizione d'uso degli antibiotici chinolonici e fluorochinolonici per reazioni avverse invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti, principalmente a carico del sistema muscoloscheletrico e del sistema nervoso.

Indicazioni terapeutiche:

Negli adulti per il trattamento delle infezioni riportate di seguito, quando queste sono dovute a microrganismi sensibili

- Sinusite batterica acuta * #
- Riacutizzazione batterica di bronchite cronica * #
- Polmoniti acquisite in comunità #
- Infezioni non complicate delle vie urinarie #
- Infezioni complicate delle vie urinarie, incluse le pielonefriti
- Prostatite batterica cronica
- Infezioni della pelle e dei tessuti molli

**Adeguatamente diagnosticata in riferimento alle Linee Guida Nazionali e/o locali sul trattamento delle infezioni delle vie respiratorie.*

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
LEVOFLOXACINA CP			
LEVOFLOXACINA Fiale			

NB: Data la bioequivalenza della forma farmaceutica orale e parenterale se il paziente deglutisce è sempre da preferire la forma orale.

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

Paziente non in grado di deglutire in grado di deglutire

Durata prevista:

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

Medico Richiedente _____
Telefono interno _____
Firma e Codice _____

➤ **Si allegano antibiogramma e/o consulenza infettivologica per le diagnosi contrassegnate da #**