



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI

TIGECICLINA ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI), escluse le infezioni del piede diabetico
- Infezioni complicate intra-addominali (cIAI)
- Altro (specificare).....

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	

* 5-14 giorni (la durata della terapia deve essere guidata dalla gravità, dal sito dell'infezione e dalla risposta clinica del paziente).
 ** adulti: dose iniziale di 100 mg seguita da 50 mg/12 ore; bambini da 8 a <12 anni: 1,2 mg/kg/ogni 12 ore fino a una dose massima di 50 mg/ 12 ore; dolescenti da 12 a <18 anni: 50 mg/12 ore. .

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)