

**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

Usò raccomandato in pazienti di età > 18 anni e limitato alle infezioni da gram + e gram – con documentata multi resistenza agli altri antibiotici

Indicazioni terapeutiche :

- Infezioni complicate intra-addominali
- Infezioni complicate cute a tessuti molli

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
Tygacil	50 mg/5 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**