

AZIENDA OSPEDALIERA " G. RUMMO"

U. O. DI.....

Data

Reparto

codice n°

RICHIESTA DI ANTIBIOTICI PER SINGOLO PAZIENTE

Paziente

età

Patologia (diagnosi principale)

Farmaco.....forma farmaceutica.....

Dose/die.....

Durata prevista del trattamento

MOTIVAZIONE (indicazione all'utilizzo dell'antibiotici)

Infezione grave in attesa di definizione eziologia

Infezione grave (eziologia)

Antibiogramma SI NO

Profilassi chirurgica

Altre

PRECEDENTE TERAPIA ANTIBIOTICA

ALTRI ANTIBIOTICI ASSOCIATI

Il medico richiedente _____
timbro e firma

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Quantità consegnata

Annotazioni

Il farmacista _____

