



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTOBIPROLO 500 mg ev (MABELIO)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- ☐ Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica VAP
- ☐ Polmonite comunitaria acquisita (CAP)

Specifiche della richiesta:

	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		

Specificare sito di prelievo:

ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare
P.A., posologia, durata)

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*	
POSOLOGIA**	
QUANTITA' RICHIESTA	
QUANTITA' CONSEGNATA	

* La durata del trattamento deve essere stabilita in base alla risposta clinica.

** 500 mg/ogni 8 ore.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)