



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
TEICOPLANINA ev im os

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- ☐ Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli
☐ Infezioni delle ossa e delle articolazioni
☐ Polmonite acquisita in ospedale
☐ Polmonite acquisita in comunità
☐ Infezioni complicate del tratto urinario
☐ Endocardite infettiva
☐ Peritonite associata a dialisi peritoneale ambulatoriale continua (CAPD)
☐ Batteriemia che si verifica in associazione con una delle indicazioni sopraelencate
☐ Diarrea e colite associate a infezione da *Clostridium difficile*
☐ 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 sì 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.

** La dose deve essere aggiustata in base al peso corporeo qualsiasi sia il peso del paziente. Per ottimizzare il trattamento, si devono monitorare le concentrazioni sieriche di teicoplanina allo steady state dopo il completamento del regime di carico per assicurarsi che siano state raggiunte le concentrazioni minime richieste.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)