



**SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI**  
**CEFTAROLINA FOSAMIL 600 mg ev (ZINFORO)**

Paziente: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: \_\_\_\_\_

**Indicazioni Autorizzate**

- ☐ Infezioni complicate della cute  
☐ Polmonite acquisita in comunità  
☐ Altro (specificare).....

**Specifiche della richiesta:**

TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)

TERAPIA MIRATA

ANTIBIOGRAMMA

Sì

NO

*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

\* 5-14 giorni per le cSSTI; 5-7 giorni per la CAP.

\*\* Dose standard: 600mg ogni 12 ore; Dose elevata: 600mg ogni 8 ore.

La prescrizione nell'indicazione "POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITA' (CAP)" è a carico del SSN solo in caso di fallimento terapeutico con altro antibiotico

Data Richiesta \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

Farmacista ospedaliero  
(firma)

Medico richiedente  
(firma e timbro)