Azienda Unità Sanitaria Locale Latina

REGIONE LAZIO

PROTOCOLLO KPC: ALLEGATO RICHIESTA FARMACI PER USO OFF LABEL

❒ ***PO Nord*** ❒ ***PO Centro*** ❒ ***PO Sud*** **Data ___/___/___/**

RICHIESTA DI ANTIBIOTICO PER PROTOCOLLO KPC - uso off label ☺

❒ Colimicina dose die _____ + dose carico _____ durata trattamento _____

❒ Meropenem dose die _____ durata trattamento _____

❒ Tigeciclina dose die _____ + dose carico _____ durata trattamento _____

☺**su consulenza infettivologica**

Reparto – U.O.: _____ Centro di Costo: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Paziente: _____ cartella clinica _____

Età _____

Precedente terapia antibiotica praticata *(specificare farmaco e dose)*: _____

_____

_____

Il trattamento con il medicinale avviene sotto propria responsabilità;

Il consenso informato del paziente sarà acquisito e conservato in cartella clinica (secondo quanto previsto dalla Legge n.94 del 08.04.98);

Il medico richiedente _____
(in stampatello)

n. telefono interno _____ Timbro e Firma _____

Parte riservata alla Farmacia:
Quantità consegnata _____

Annotazioni _____

Il Farmacista _____ Data ___/____/____/