



RICHIESTA MOTIVATA PER ANTIBIOTICI – ANTIFUNGINI SU CONSULENZA INFETTIVOLOGICA

UNITÀ OPERATIVA _____ CdC _____

PAZIENTE (riportare solo le iniziali) _____ Età _____

DIAGNOSI _____

MOLECOLA RICHIESTA	INDICAZIONE
LINEZOLID 600 mg os LINEZOLID 600 mg ev	<input type="checkbox"/> Polmonite nosocomiale/ comunitaria da Gram + <input type="checkbox"/> Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli da Gram +
CEFTOBIPROLO 500 mg ev	<input type="checkbox"/> Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) <input type="checkbox"/> Polmonite acquisita in comunità (CAP)
CEFTAROLINA FOSAMIL 600 mg ev	<input type="checkbox"/> Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI) <input type="checkbox"/> Polmonite acquisita in comunità (CAP)
DAPTOMICINA 350 mg ev DAPTOMICINA 500 mg ev	<input type="checkbox"/> Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli <input type="checkbox"/> Endocardite infettiva del cuore destro da Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Batteriemia da Staphylococcus aureus quando è associata a endocardite destra o infezione tessuti molli
TIGECICLINA 50 mg ev	<input type="checkbox"/> Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli <input type="checkbox"/> Infezioni complicate intra-addominali
AMFOTERICINA B liposomiale 50 mg ev	<input type="checkbox"/> Trattamento empirico di presunte infezioni fungine in pazienti con neutropenia febbrile <input type="checkbox"/> Trattamento di severe micosi sistemiche e/o profonde (candidiasi disseminate, aspergillosi, mucormicosi, micetoma cronico e meningite criptococcica)
VORICONAZOLO 200 mg os VORICONAZOLO 200 mg ev	<input type="checkbox"/> Trattamento dell'aspergillosi invasiva <input type="checkbox"/> Trattamento della candidemia in pazienti non neutropenici <input type="checkbox"/> Trattamento di infezioni gravi e invasive da Candida resistenti al fluconazolo (inclusa la C. krusei) <input type="checkbox"/> Trattamento di infezioni micotiche gravi causate da Scedosporium spp. e Fusarium spp
POSACONAZOLO 40 mg/ml os	<input type="checkbox"/> Aspergillosi invasiva in pazienti con malattia resistente ad amfotericina B o ad itraconazolo o in pazienti intolleranti a questi farmaci <input type="checkbox"/> Fusariosi in pazienti con malattia resistente ad amfotericina B o in pazienti intolleranti ad amfotericina B <input type="checkbox"/> Cromoblastomicosi e micetoma in pazienti con malattia resistente a itraconazolo o in pazienti intolleranti ad itraconazolo <input type="checkbox"/> Coccidioidomicosi in pazienti con malattia resistente ad amfotericina B, itraconazolo o fluconazolo o in pazienti intolleranti a questi farmaci <input type="checkbox"/> Candidiasi orofaringea: come terapia di prima linea in pazienti con malattia grave o immunocompromessi, in cui ci si aspetta scarsa risposta ad una terapia topica PROFILASSI IN: <input type="checkbox"/> Pazienti in chemioterapia per induzione della remissione di leucemia mieloblastica acuta (AML) o sindromi mielodisplastiche (MDS) per le quali si prevede una neutropenia prolungata e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive <input type="checkbox"/> Soggetti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) in terapia immunosoppressiva ad alto dosaggio per malattia del trapianto contro l'ospite e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive
CASPOFUNGIN 50 mg ev CASPOFUNGIN 70 mg ev	<input type="checkbox"/> Candidiasi invasiva <input type="checkbox"/> Aspergillosi invasiva in pazienti adulti refrattari o intolleranti alla terapia con amfotericina B protetta e/o itraconazolo <input type="checkbox"/> Terapia empirica di infezioni fungine presunte (come Candida o Aspergillus) in pazienti adulti neutropenici con febbre
ANIDULAFUNGIN 100 mg ev	<input type="checkbox"/> Candidiasi invasive in pazienti adulti
MICAFUNGIN 50 mg ev MICAFUNGIN 100 mg ev	<input type="checkbox"/> Trattamento della candidosi invasiva compresi neonati e bambini <input type="checkbox"/> Trattamento della candidosi esofagea in pazienti per i quali sia appropriata una terapia endovenosa <input type="checkbox"/> Profilassi delle infezioni da Candida in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o in pazienti che si prevede possano manifestare neutropenia
CEFTOLOZANO 1 g TAZOBACTAM 500 mg	<input type="checkbox"/> Infezioni intra-addominali complicate <input type="checkbox"/> Pielonefrite acuta <input type="checkbox"/> Infezioni complicate del tratto urinario
DALVABANCINA 500 mg	<input type="checkbox"/> Trattamento, negli adulti, delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI)
ISAVUCONAZOLO 200 mg/ev ISAVUCONAZOLO 100 mg/os	<input type="checkbox"/> Aspergillosi invasiva <input type="checkbox"/> Mucormicosi in pazienti per i quali il trattamento con amfotericina B non è appropriato

Stesura: Dr. C. Rasca – Dirig.ente
Farmacista – SC Farmacia
Ospedaliera - Ottobre 2017

Verifica: Dr.ssa .S.Bonetta-
Direttore SC Farmacia
Ospedaliera – Dicembre 2017

Autorizzazione: Dr. S. Borrè – Direttore SC
Malattie Infettive e Dipartimento Assistenza
Ospedaliera e Specialistica – Dicembre 2017

Emissione: Dr. C. Rasca –
Dirig.ente Farmacista – SC
Farmacia Ospedaliera –
Dicembre 2017



Dosaggio in grammi/die e durata prevista del trattamento

Associazione con altri antimicrobici Sì No Se sì, quali:

Allegare la consulenza infettivologica

Il Medico richiedente (timbro e firma) _____ Data _____

Parte riservata alla Farmacia Ospedaliera:

Specialità consegnata

Quantità consegnata

Data

Stesura: Dr. C. Rasca – Dirig.ente
Farmacista – SC Farmacia
Ospedaliera - Ottobre 2017

Verifica: Dr.ssa .S.Bonetta-
Direttore SC Farmacia
Ospedaliera – Dicembre 2017

Autorizzazione: Dr. S. Borrè – Direttore SC
Malattie Infettive e Dipartimento Assistenza
Ospedaliera e Specialistica – Dicembre 2017

Emissione: Dr. C. Rasca –
Dirig.ente Farmacista – SC
Farmacia Ospedaliera –
Dicembre 2017