

**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
ERTAPEM (INVANZ®)**

OSPEDALE _____

U.O. _____ Data _____

Paziente (anche solo iniziali) _____

Sesso M F Data di nascita _____ N° cartella clinica _____

Diagnosi patologia di base: _____

Diagnosi di infezione: sospetta certa profilassi trattamento**Indicazioni terapeutiche:** infezioni addominali polmonite infezioni della pelle del piede in pazienti diabetici**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
Invanz®	1 g fi		

 1° scelta 2° scelta *antibiotico usato in precedenza:* _____ 3° scelta *antibiotico usato in precedenza:* _____

Durata prevista:

 1° trattamento per giorni _____ Prosecuzione per giorni _____***Si allega antibiogramma e/o consulenza infettivologa***

Medico richiedente _____

telefono interno _____

Firma e codice _____