

SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
LINEZOLID

U.O. Richiedente _____ Data _____

Paziente _____

Data di nascita ____/____/____ Sesso M F

Diagnosi: patologia di base _____

Diagnosi di infezione : sospetta certa profilassi trattamento

Indicazioni terapeutiche :

- polmonite nosocomiale da Gram-positivi sensibili
- polmonite acquisita in comunità da Gram-positivi sensibili
- infezioni complicate cute e tessuti molli da Gram-positivi sensibili

PROGRAMMA TERAPEUTICO

farmaco	dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
Zyvoxid	600 mg sacca inf.		
Zyvoxid	600 mg cp		

- 1° scelta se 2° o 3° scelta, antibiotico usato in precedenza _____
- 2° scelta
- 3° scelta

Durata prevista:

- 1° trattamento per giorni _____
- Prosecuzione per giorni _____

Si allega antibiogramma e/o consulenza infettivologica

Medico Richiedente _____

Telefono interno _____

Firma e Codice _____