



Sede legale provvisoria: c.so Svizzera, 164

10149 TORINO ☎ 011/4393111

RICHIESTA MOTIVATA DI LINEZOLID (ZYVOXID)

REPARTO: \_\_\_\_\_ CDC: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME PAZIENTE: \_\_\_\_\_

FL 600 mg       cp 600 mg

DURATA PRESUNTA DEL TRATTAMENTO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE:

- Terapia mirata con isolamento microrganismi resistenti ai glicopeptidi (*allegare antibiogramma*)
- Polmonite Nosocomiale da MRSA (*allegare antibiogramma*)
- Infezione SNC (*se disponibile, allegare antibiogramma*)\*
- Osteomieliti (*allegare antibiogramma*)\*
- Allergia /intolleranza ai glicopeptidi (*allegare antibiogramma MRS*)
- Insufficienza renale grave (*Clearance creatinica < 20ml/min.*)
- Switch a terapia orale (*solo in casi altamente selezionati*)
- Tubercolosi MDR (*allegare antibiogramma*)\*

(\* allegare copia del consenso informato firmato dal paziente)

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

FIRMA DEL RESPONSABILE U.O

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----

QUANTITA' CONSEGNATA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACISTA:

\_\_\_\_\_