

## SCHEMA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICO OPAT

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Terapia empirica  Terapia mirata (allegare antibiogramma)

### Prescrizione:

Sospensione del trattamento OPAT

Prima prescrizione  Prosecuzione della terapia  Modifica della terapia

Data prossimo appuntamento in DH: \_\_\_\_\_

**Principio attivo:** \_\_\_\_\_

**Dosaggio:** \_\_\_\_\_ **Modalità infusione:**  Continua  Intermittente

**Tipologia diluente:**  Sol. fisiologica (0,9%)  Glucosata 5%  Altro: \_\_\_\_\_

**Frequenza di somministrazione** \_\_\_\_\_ **Durata prevista terapia:** \_\_\_\_\_

N.B.: Ove previsto allegare Piano AIFA

### Eventuali note aggiuntive:

---

---

---

**Data**

**Firma e timbro  
medico prescrittore**

