

SCHEDA 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

