



AZIENDA SANITARIA LOCALE 02

Lanciano Vasto Chieti

Sede Legale: Via martiri Lancianesi, 19 – Chieti Scalo
P. IVA 023007130695

MODULO DI RICHIESTA MOTIVATA PER FARMACI ANTIINFETTIVI

P.O. _____ U.O.C. _____

Distretto _____ continuità terapeutica ADI

Nome Paziente _____

Tipo di Infezione (descrivere) _____

Chemioterapico richiesto _____

Dose e n° somministrazioni/die _____

Durata presunta del trattamento _____

Motivazione della richiesta

a) Prima scelta dal punto di vista microbiologico

- microrganismo (specificare) _____
- antibiogramma (allegare) _____

b) Protocollo ASL

Intervento chirurgico (specificare) _____

c) Consulenza specialistica (specificare) _____

d) Allergia/Intolleranza ad altri antibiotici attivi (specificare) _____

e) Altro (specificare): _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

Data _____

Timbro e firma del Farmacista

Quantità consegnata _____