



SCHEDA MONITORAGGIO
DAPTOMICINA (CUBICIN®)

- PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DELLA ASL DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

DATI DEL REPARTO:	DATI DEL PAZIENTE
Reparto richiedente:	Cognome:
Codice C.d.C.:	Nome:
Data richiesta: / /	Età:
	Patologie concomitanti:

*Daptomicina è inserita in PTR con la seguente nota limitativa:
“esclusivamente in seconda linea in pazienti MRSA, microbiologicamente o clinicamente, resistenti o intolleranti ai farmaci di prima linea” e sottoposta a monitoraggio.*

SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI DAPTOMICINA SECONDO LE INDICAZIONI AUTORIZZATE:

- Trattamento di Infezioni Complicate della Cute e dei Tessuti Molli (cSSTI) negli adulti;
- Endocardite infettiva del cuore destro da *Staphylococcus aureus*;
- Batteriemia da *Staphylococcus aureus* associata ad endocardite infettiva del cuore destro o cSSTI

1) Infezione MRSA resistente SI NO

Trattamento precedente

- Resistenza determinata tramite antibiogramma (allegare copia)
- Resistenza determinata clinicamente

2) Paziente intollerante ai farmaci di prima linea

Motivazioni

Daptomicina Posologia/die: _____

N° gg terapia: _____

Il medico richiedente: (firma e timbro)

.....

Parte riservata al Servizio di Farmacia			
Consegnati n° _____	fl Cubicin 350 mg	Consegnati n° _____	fl Cubicin 500 mg
Data della consegna: / /		Firma del farmacista _____	