



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA
CEFTAROLINA FOSAMIL (ZINFORO®)**

- PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DELLA ASSL 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:

**SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI CEFTAROLINA FOSAMIL SECONDO LE INDICAZIONI
AUTORIZZATE:**

Zinforo è indicato negli adulti per il trattamento delle seguenti infezioni:

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI).
- Polmonite acquisita in comunità (CAP).

Ceftarolina Fosamil è inserita in PTR con la seguente nota limitativa:

“esclusivamente in seguito ad assenza di risposta adeguata dopo 3 giorni di terapia documentata dal mancato dimezzamento dei valori ematici della procalcitonina”; monitoraggio per un anno.

Trattamento precedente

Ceftarolina Fosamil Posologia/die: _____

N° gg terapia: _____

Il medico richiedente: (firma e timbro)

.....

(allegare valori ematici procalcitonina)

Parte riservata al Servizio di Farmacia

Consegnati n° _____ fl Ceftarolina Fosamil 600mg

Data della consegna: ___/___/___ Firma del farmacista _____

Annotazioni.....