



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

COLIMICINA mg _____

ATC: J01XB01 PRINCIPIO ATTIVO: COLISTINA

ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA

REPARTO: _____

DATA RICHIESTA: _____

	INIZIALI PAZIENTE/DATA DI NASCITA	DOSE/DIE	GIORNI DI TERAPIA	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	INDICAZIONI* TERAPEUTICHE	QUANTITA' DISPENSATA/N° DI CONFEZIONI DISPENSATE
1						
2						
3						
4						
5						

*** Indicazioni terapeutiche:**

1- infezioni gravi dovute a determinati patogeni Gram–negativi in pazienti per i quali le opzioni terapeutiche sono limitate

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
