



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

CUBICIN mg _____

ATC: J01XX09 PRINCIPIO ATTIVO: DAPTOMICINA

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						
6						

*** Indicazioni terapeutiche:**

- 1- infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- 2- endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da *Staphylococcus aureus*
- 3- batteriemia da *Staphylococcus aureus* (SAB) quando è associata a RIE o a cSSTI

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
