



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

\_\_\_\_\_