



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

TYGACIL mg _____

ATC: J01AA12 PRINCIPIO ATTIVO: TIGECICLINA

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 complicate della cute e dei tessuti molli, escluse le infezioni del piede diabetico
- 2- Infezioni complicate intra – addominali

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
