



## RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

ZYVOXID mg \_\_\_\_\_

ATC: J01XX08 PRINCIPIO ATTIVO: LINEZOLID

**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- polmoniti acquisite in comunità e polmoniti nosocomiali quando si sospetta o si ha la certezza che siano causate da batteri Gram-positivi sensibili

2- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli quando il test microbiologico ha accertato che l'infezione è causata da batteri Gram-positivi sensibili

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_