



**RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA**

**INVANZ mg** \_\_\_\_\_

ATC: J01DH03

PRINCIPIO ATTIVO: ERTAPENEM

**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 intra-addominali
- 2- Polmonite acquisita in comunità
- 3- Infezioni ginecologiche acute
- 4- Infezioni della cute e dei tessuti molli del piede diabetico
- 5- profilassi dell'infezione del sito chirurgico dopo chirurgia colo-rettale elettiva

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Farmacista

\_\_\_\_\_