

**SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DI CEFTAROLINA FOSAMIL
NEL TRATTAMENTO DELLA POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ (CAP)**

| |
|--|
| Centro prescrittore _____ |
| Medico prescrittore (nome e cognome) _____ |
| Tel _____ e-mail _____ |

| | |
|---------------------------------|--|
| Paziente (nome e cognome) _____ | |
| Data di nascita _____ | Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

*La prescrizione di ceftarolina fosamil nell' indicazione "POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ (CAP)" è a carico del SSN solo quando utilizzato dopo fallimento terapeutico con altro antibiotico.**

| | |
|---------------------------------------|--|
| Diagnosi: | Polmonite acquisita in comunità (CAP) |
| Antibiotico utilizzato in precedenza: | principio attivo:..... dose/die:..... |

| | |
|---|--------------------|
| Dose di ceftarolina fosamil prescritta | |
| Dose/die: | Data prescrizione: |

Firma e codice

Data ____/____/_____

* Per le altre indicazioni autorizzate (vedere Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto) la rimborsabilità non è subordinata alla compilazione di alcuna scheda di prescrizione.

13A06896

