

ALLEGATO

**SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DI CEFTAROLINA FOSAMIL  
NEL TRATTAMENTO DELLA POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITA' (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 COMUNITA' (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:.....

<b>Dose di ceftarolina fosamil prescritta</b>	
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.***

