



REGIONE SICILIA
Scheda per la prescrizione di CEFTRIAXONE

Centro prescrittore	
Medico prescrittore	
Tel.	e-mail

Paziente (nome e cognome)			
Data di nascita	sessu	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale			
Residente a			*Tel. _____
Regione			
ASP di residenza			Prov.
Medico di Medicina Generale			

La prescrizione di CEFTRIAXONE è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

- Uso elettivo e specifico in infezioni batteriche gravi di accertata o presunta origine da Gram-negativi "difficili"
- Uso in infezioni da flora mista con presenza di Gram-negativi resistenti ai più comuni antibiotici

- Indicare in tal caso la terapia antibiotica precedentemente somministrata:

In particolare il prodotto trova indicazione, nelle suddette infezioni, in pazienti defedati e/o immunodepressi.

- Profilassi delle infezioni chirurgiche

Farmaco prescritto	
<input type="checkbox"/>	CEFTRIAXONE
Dose e durata del trattamento	
Dose/die:	
Durata del trattamento:	

* campo non obbligatorio

Data

Timbro e firma del Medico