



## REGIONE SICILIA

## Scheda per la prescrizione di antibiotici ad uso iniettivo

MMG <input type="checkbox"/>	PLS <input type="checkbox"/>	Specialista <input type="checkbox"/>	
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			

Farmaco prescritto (p.a.):

Dose e durata del trattamento:

Antibiogramma: si  no 

Se si specificare l'esito \_\_\_\_\_

Indicazione terapeutica (le indicazioni rimborsate dal SSN sono esclusivamente quelle riportate nella scheda tecnica):

Motivazione a supporto della scelta della terapia iniettiva:

Data

Timbro e firma del medico

(2016.45.2690)102