



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTAZIDIMA + AVIBACTAM 2 g + 0,5 g ev (ZAVICEFTA)**

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate
- Infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		
DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*		
POSOLOGIA**		
QUANTITA' RICHIESTA		
QUANTITA' CONSEGNA		

*Un ciclo di trattamento dura solitamente 5-14 giorni, a seconda del tipo di infezione e della risposta al trattamento (vedi RCP per maggiori dettagli).

** La dose raccomandata per gli adulti è un flaconcino (2 g ceftazidima/ 0,5 g avibactam) ogni 8 ore.

La rimborsabilità è limitata al trattamento delle infezioni complicate (inclusa la pielonefrite) con documentata resistenza ad un trattamento di prima linea e al trattamento delle infezioni addominali complicate, delle polmoniti nosocomiali (inclusa la VAP), o di altre infezioni in pazienti con opzioni terapeutiche limitate, in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)

* La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTAROLINA FOSAMIL 600 mg ev (ZINFORO)**

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni complicate della cute
 Polmonite acquisita in comunità
 Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	SI	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* 5-14 giorni per le cSSTI; 5-7 giorni per la CAP.

** Dose standard: 600mg ogni 12 ore; Dose elevata: 600mg ogni 8 ore.

La prescrizione nell'indicazione "POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITA' (CAP)" è a carico del SSN solo in caso di fallimento terapeutico con altro antibiotico

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)

* La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTOBIPROLO 500 mg ev (MABELIO)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica VAP
- Polmonite comunitaria acquisita (CAP)

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		
DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*		
POSOLOGIA**		
QUANTITA' RICHIESTA		
QUANTITA' CONSEGNATA		
* La durata del trattamento deve essere stabilita in base alla risposta clinica.		
** 500 mg/ogni 8 ore.		

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM 1 g + 0,5 g ev (ZERBAXA)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni intra-addominali complicate con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi e resistenti ai trattamenti di I linea
- Infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Polmonite acquista in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*	
POSOLOGIA**	
QUANTITA' RICHIESTA	
QUANTITA' CONSEGNATA	

* 4-14 giorni per infezione intra-addominale complicata; 7 giorni per infezione complicata del tratto urinario
 Pielonefrite acuta; 8-14 giorni nelle HAP/VAP

** 1 g ceftolozano+0,5 g tazobactam/ogni 8 ore ; nelle HAP/VAP 2g/1g ogni 8 ore

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)

* La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
COLISTIMETATO EV

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

* Colimicina è indicato negli adulti e nei bambini, neonati inclusi, per il trattamento di infezioni gravi dovute a determinati patogeni Gram-negativi in pazienti per i quali le opzioni terapeutiche sono limitate

Specificare il tipo di infezione:.....

Specifiche della richiesta:

TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)

TERAPIA MIRATA

ANTIBIOGRAMMA

Specificare sito di prelievo:

ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)

	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* La durata del trattamento deve essere stabilita tenendo conto della gravità dell'infezione e della risposta clinica.

** dose di mantenimento: 9 MUI (milioni di U I)/die suddivisi in 2-3 dosi. Dose di carico di 9 MUI in un'unica dose.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
DAPTOMICINA ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Pazienti adulti e pediatrici (da 1 a 17 anni) con infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- Pazienti adulti con endocardite infettiva del cuore destro (RIE) da Staphylococcus aureus
- Pazienti adulti con batteriemia da Staphylococcus aureus (SAB) associata a RIE o a cSSTI
- Pazienti pediatrici (da 1 a 17 anni) con batteriemia da Staphylococcus aureus (SAB) associata a cSSTI

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* Adulti: cSSTI senza concomitante SAB: 7-14 giorni o fino alla risoluzione dell'infezione; cSSTI con concomitante SAB: può essere necessario prolungare la durata della terapia per più di 14 giorni.

** Adulti: cSSTI con concomitante SAB: 6 mg/kg ogni 24 ore; cSSTI senza concomitante SAB: 4 mg/kg ogni 24 ore; Nota o sospetta RIE da Staphylococcus aureus: 6 mg/kg ogni 24 ore.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
MEROPENEM ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Polmonite grave, compresa polmonite acquisita in ospedale e polmonite associata a ventilazione
- Infezioni broncopolmonari nella fibrosi cistica
- Infezioni complicate delle vie urinarie
- Infezioni complicate intra-addominali
- Infezioni intra e post-partum
- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli
- Meningite batterica acuta
- Nella gestione dei pazienti neutropenici con febbre di sospetta origine d'infezione batterica
- Trattamento di pazienti con batteriemia che si verifica in associazione, o sembra essere associata a una qualsiasi delle infezioni sopra elencate

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* La durata del trattamento deve essere stabilita in base alla risposta clinica.

** Una dose fino a 2 g tre volte al giorno negli adulti e negli adolescenti e una dose fino a 40 mg/kg tre volte al giorno nei bambini può essere particolarmente appropriata nel trattamento di alcuni tipi di infezioni come le infezioni da specie batteriche poco sensibili (ad es. Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp) o infezioni molto gravi (vedi RCP per info aggiuntive).

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
MEROPENEM + VABORBACTAM 1 g + 1 g ev (VABOREM)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate (la rimborsabilità è limitata al trattamento di pazienti adulti con accertate o sospette gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi CRE)

- Infezione del tratto urinario complicata (**cUTI**), compresa pielonefrite con eziologia documentata con antibiogramma
- Infezione intra-addominale complicata (**cIAI**) con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti al trattamento di I linea
- Polmonite nosocomiale (**HAP**), inclusa polmonite associata a ventilazione (**VAP**) con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti al trattamento di I linea
- Batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate con eziologia documentata da antibiogramma
- infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate con eziologia documentata da antibiogramma

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

*5-10 giorni per UTI complicata (cUTI), inclusa pielonefrite e cIAI; 7-14 giorni Polmonite nosocomiale (HAP), inclusa VAP; batteriemia in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate e infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in pazienti con opzioni terapeutiche limitate: da valutare.
 ** 2 g+2 g/ogni 8 ore.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)

* La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
TEICOPLANINA ev im os

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli
- Infezioni delle ossa e delle articolazioni
- Polmonite acquisita in ospedale
- Polmonite acquisita in comunità
- Infezioni complicate del tratto urinario
- Endocardite infettiva
- Peritonite associata a dialisi peritoneale ambulatoriale continua (CAPD)
- Batteriemia che si verifica in associazione con una delle indicazioni sopraelencate
- Diarrea e colite associate a infezione da *Clostridium difficile*
- Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* La durata del trattamento deve essere stabilita in base alla risposta clinica.

** La dose deve essere aggiustata in base al peso corporeo qualsiasi sia il peso del paziente. Per ottimizzare il trattamento, si devono monitorare le concentrazioni sieriche di teicoplanina allo steady state dopo il completamento del regime di carico per assicurarsi che siano state raggiunte le concentrazioni minime richieste.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
TIGECICLINA ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI), escluse le infezioni del piede diabetico
- Infezioni complicate intra-addominali (cIAI)
- Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*

POSOLOGIA**

QUANTITA' RICHIESTA

QUANTITA' CONSEGNATA

* 5-14 giorni (la durata della terapia deve essere guidata dalla gravità, dal sito dell'infezione e dalla risposta clinica del paziente).

** adulti: dose iniziale di 100 mg seguita da 50 mg/12 ore; bambini da 8 a <12 anni: 1,2 mg/kg/ogni 12 ore fino a una dose massima di 50 mg/ 12 ore; dolescenti da 12 a <18 anni: 50 mg/12 ore. .

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
VANCOMICINA ev

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni complesse della pelle e dei tessuti molli (cSSTI)
- Infezioni ossee e delle articolazioni
- Polmonite comunitaria acquisita (CAP)
- Polmonite nosocomiale (HAP), compresa polmonite associata ai sistemi di ventilazione (VAP)
- Endocardite infettiva
- Meningite batterica acuta
- Batteriemia che si verifica o si sospetta che sia associata a una qualsiasi delle infezioni elencate sopra
- Profilassi antibatterica peri-operatoria in pazienti che sono ad alto rischio di sviluppare endocardite batterica quando si sottopongono a procedure chirurgiche importanti
- Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	SI	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*	
POSOLOGIA**	
QUANTITA' RICHIESTA	
QUANTITA' CONSEGNATA	

* 5-14 giorni (la durata della terapia deve essere guidata dalla gravità, dal sito dell'infezione e dalla risposta clinica del paziente).
** adulti: dose iniziale di 100 mg seguita da 50 mg/12 ore; bambini da 8 a <12 anni: 1,2 mg/kg/ogni 12 ore fino a una dose massima di 50 mg/ 12 ore; adolescenti da 12 a <18 anni: 50 mg/12 ore. .

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)