



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
IMIPENEM/CILASTATINA (TIENAM®)**

OSPEDALE _____

U.O. _____ Data _____

Paziente (anche solo iniziali) _____

Sesso [M] [F] Data di nascita _____ N° cartella clinica _____

Diagnosi patologia di base: _____

Diagnosi di infezione: sospetta certa profilassi trattamento

Indicazioni terapeutiche:

- Infezioni intra-addominali
- Infezioni del tratto respiratorio inferiore
- Infezioni ginecologiche
- Settlicemia
- Infezioni del tratto genitourinario
- Infezioni osteo-articolari
- Infezioni cutanee e dei tessuti molli
- Endocarditi
- Infezioni miste causate da ceppi sensibili di batteri aerobi ed anaerobi
- Prevenzione di infezioni post-operatorie in pazienti sottoposti a procedure chirurgiche contaminate o potenzialmente contaminate o quando il verificarsi di un'infezione post-operatoria potrebbe rappresentare un evento particolarmente grave

PROGRAMMA TERAPEUTICO

| Farmaco | Dosaggio | Quantità richiesta | Quantità consegnata |
|---------|-------------------------|--------------------|---------------------|
| Tienam® | 500 mg + 500 mg fl E.V. | | |

1° scelta

2° scelta *antibiotico usato in precedenza:* _____

3° scelta *antibiotico usato in precedenza:* _____

Durata prevista:

1° trattamento per giorni _____

Prosecuzione per giorni _____

Si allega antibiogramma e/o consulenza infettivologa

Medico richiedente _____

telefono interno _____

Firma e codice _____