

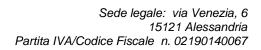


Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale RECARBRIO (imipenem-cilastatina/relebactam)

	(IIII)Perielii-	ciiastatiiia/reiebactaiii)				
Azienda Sa	nitaria:					
Unità Oper	ativa Richiedente:	Data:	_//			
Da						
,	ome, cognome):					
Data di nasc	Data di nascita:/ Sesso: D					
Codice Fisc	cale o Tessera Sanitaria dell'Assistito:					
HAP/V quali v	borsabilità è limitata al trattamento di p AP e batteriemie associate, causate da bat i siano opzioni terapeutiche limitate o c a da batteri Gram-negativi resistenti ai car	teri Gram-negativi resistenti a on infezioni invasive ad ezi	i carbapenemi n	ei		
Diagnosi						
Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata dall'antibiogramma in assenza di altre opzioni terapeutiche						
• Infezioni gravi/invasive con resistenza ai carbapenemi fortemente sospetta in caso di almeno una delle seguenti condizioni:						
o documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi						
o documentata endemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. richiedente						
In caso di inf	fezione documentata indicare l'agente eziologico	:				
	PROGR TERAPE	UTICO				
Farmaco	Specialità	Dose	Durata prevista RCP)	(cfr.		
Recarbrio	2g. polvere per concentrato per soluzione	500 mg/500 mg/250 mg ogni	In base alla	sede		
	per infusione	6 ore ¹	dell'infezione ²			
esempio, per l complicate (cl. polmonite acq è da 7 a 14 gio	con una clearance della creatinina (CrCI) da ≥ 90 a < 15 le infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), con AI) la durata raccomandata del trattamento è da 5 a 3 quisita in ospedale/polmonite associata a ventilazion orni. aggiustamenti di dose in relazione della funzionalità rei	npresa la pielonefrite e per le infezioi 10 giorni; il trattamento può proseguire ne meccanica (HAP/VAP) la durata ro	ni intra-addominali e fino a 14 giorni. Per	la		
Nome e	cognome del Medico*:		-			
Recapiti	del Medico*:		_			
* La pres	scrivibilità è riservata allo specialista infettivolog	go o, in sua assenza, ad altro specia	alista con competenz	;a		

* La prescrivibilità e 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).

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE





Si prega di compilare i seguenti campi obbligatori:						
CONSULENZA INFETTIVOLOGICA:	SI 🗌					
NOME/COGNOME INFETTIVOLOGO:_						
DATA CONSULENZA:		ORA CONSULENZA:				