

Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale VARBOREM (meropenem/vaborbactam)

Indicazioni terapeutiche: Varborem è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni negli adulti (vedere paragrafi 4.4 e 5.1):

- Infezione del tratto urinario complicata (cUTI), compresa pielonefrite
- Infezione intra-addominale complicata (cIAI)
- Polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione (VAP).

Trattamento di pazienti con batteriemia che si verifica in presenza di associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate.

Varborem è inoltre indicato per il trattamento di infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate (vedere paragrafi 4.2, 4.4 e 5.1).

Occorre tenere in considerazione le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

Azienda Sanitaria: _____

Unità operativa richiedente: _____ **Data:** ____/____/____

Paziente (nome, cognome): _____ **Data di nascita:** ____/____/____

Sesso: F M Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____

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
- Infezione intra-addominale complicata (cIAI)
- Polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione VAP) accertata o sospetta
- Batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate.

Trattamento di infezioni accertate dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate.

Diagnosi: Accertate gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE)

<input type="radio"/>	Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), incluse le pielonefriti, con eziologia documentata mediante antibiogramma
<input type="radio"/>	Batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con qualsiasi delle infezioni sopra elencate, con eziologia documentata mediante antibiogramma
<input type="radio"/>	Infezione causate da microorganismi Gram-negativi aerobi in pazienti adulti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate, con eziologia documentata mediante antibiogramma

Diagnosi: Accertate o sospette* gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistente ai carbapenemi (CRE)

<input type="radio"/>	Infezione intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti al trattamento di 1° linea
<input type="radio"/>	Polmonite acquistata in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti ai trattamenti di prima linea

*L'infezione "sospetta" può essere considerata in pazienti selezionati sulla base di criteri epidemiologici, clinici e microbiologici (colonizzazione intestinale) in accordo a raccomandazioni terapeutiche definite dal programma di stewardship antibiotica del singolo ospedale.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Specialità	Dose	Durata prevista (cfr. RCP)
Vaborem	2g./2g. polvere per concentrato per soluzione per infusione	Ogni 8 ore con durata di infusione 3 ore	

Il dosaggio standard in soggetti con CrCl >50 ML/min è 2g. Meropenem/2g. Vaborbactam ogni 8 ore (tempo infusione: 3 h per una durata di 5-10 giorni nel trattamento delle cIAI e delle cUTI (incluse la pielonefrite acuta) e di 7-14 giorni per le polmoniti acquisite in ospedale (incluse la VAP).

Nome e Cognome del Medico*: _____

*La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificata 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 NO

NOME/COGNOME INFETTIVOLOGO: _____

DATA CONSULENZA: _____ ORA CONSULENZA: _____