



Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale ZERBAXA (ceftolozano-tazobactam)

Indicazioni terapeutiche: Zerbaxa è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni negli adulti

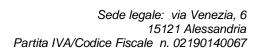
- Infezione intra-addominali complicate (cIAI)
- Pielonefrite acuta
- Infezioni complicate del tratto urinario

Devono essere considerate le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

La rimborsabilità è limitata alla pielonefrite acuta, alle infezioni complicate del tratto urinario sostenute da batteri gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea e alle infezioni addominali complicate, la cui eziologia documentata o sospetta è dovuta a batteri gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea.

Azienda Sanitaria:								
Unità operativa	a richiedente	Data:/						
Paziente (nome, cognome):				Data di nascita://				
Sesso: F M Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito:								
Diagnosi								
0	Infezione intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta* da batteri Gramnegativi, resistenti al trattamento di prima linea. (Se si sospetta la presenza di patogeni anaerobi Zerbaxa dovrà essere associato a metronidazolo)							
0	Pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti al trattamento di prima linea							
0	Infezione complicata del tratto urinario (cUTI) con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea (Allegare antibiogramma)							
PROGRAMMA TERAPEUTICO								
Farmaco		Specialità	Dose	Durata prevista (cfr. RCP)				
Zerbaxa		1g./0,5g. polvere per concentrato per soluzione per infusione						
				obactam ogni 8 ore (tempo infusione: umento della pielonefrite acuta e delle				
Nome e Cognome del Medico*:								
Recapiti del Medico*:								
*La prescrivibil	*La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o in sua assenza ad altro specialista con competenza							

*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:		OR	A CONSULENZ	ZA:			

* campi obbligatori