

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 richiedente: _____ **Data:** ____/____/____

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

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

Diagnosi

- | | |
|---|---|
| ○ | Infezione intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta* da batteri Gram-negativi, resistenti al trattamento di prima linea. (Se si sospetta la presenza di patogeni anaerobi Zerbaxa dovrà essere associato a metronidazolo) |
| ○ | Pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti al trattamento di prima linea |
| ○ | 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		

Il dosaggio standard in soggetti con CrCl >50 mL/min è 1g. ceftolozano/0,5 g. tazobactam ogni 8 ore (tempo infusione: 1 h) per una durata di 4-14 giorni nel trattamento delle cIAI e di 7 giorni nel trattamento della pielonefrite acuta e delle cUTI.

Nome e Cognome del Medico*: _____

Recapiti 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).



Sede legale: via Venezia, 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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: _____

*** campi obbligatori**