



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI  
**CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM 1 g + 0,5 g ev (ZERBAXA)**

Paziente: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: \_\_\_\_\_

**Indicazioni Autorizzate**

- ☐ Infezioni intra-addominali complicate con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi e resistenti ai trattamenti di I linea
- ☐ Infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- ☐ Polmonite acquista in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea

| Specifiche della richiesta:   | Sì | NO |
|---|----|----|
| TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)   |    |    |
| TERAPIA MIRATA  |    |    |
| ANTIBIOGRAMMA   |    |    |
| <i>Specificare sito di prelievo:</i>  |    |    |
| ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata) |    |    |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA* |  |
| POSOLOGIA**                    |  |
| QUANTITA' RICHIESTA            |  |
| QUANTITA' CONSEGNATA           |  |

\* 4-14 giorni per infezione intra-addominale complicata; 7 giorni per infezione complicata del tratto urinario  
Pielonefrite acuta; 8-14 giorni nelle HAP/VAP

\*\* 1 g ceftolozano+0,5 g tazobactam/ogni 8 ore ; nelle HAP/VAP 2g/1g ogni 8 ore

Data Richiesta \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

Farmacista ospedaliero  
(firma)

Medico richiedente  
(firma e timbro)

\* La prescrivibilità è 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).