



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTAZIDIMA + AVIBACTAM 2 g + 0,5 g ev (ZAVICEFTA)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- ☐ Infezioni intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- ☐ Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- ☐ Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- ☐ Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate
- ☐ Infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea

Specifiche della richiesta:	Sì	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
Specificare sito di prelievo:		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		
DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*		
POSOLOGIA**		
QUANTITA' RICHIESTA		
QUANTITA' CONSEGNATA		

**Un ciclo di trattamento dura solitamente 5-14 giorni, a seconda del tipo di infezione e della risposta al trattamento (vedi RCP per maggiori dettagli).*

*** La dose raccomandata per gli adulti è un flaconcino (2 g ceftazidima/ 0,5 g avibactam) ogni 8 ore.*

La rimborsabilità è limitata al trattamento delle infezioni complicate (inclusa la pielonefrite) con documentata resistenza ad un trattamento di prima linea e al trattamento delle infezioni addominali complicate, delle polmoniti nosocomiali (inclusa la VAP), o di altre infezioni in pazienti con opzioni terapeutiche limitate, in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)