



SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI  
**CEFIDEROCOL 1 g ev (FETCROJA)**

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

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M ☐ F ☐

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

**Indicazioni Autorizzate** (La rimborsabilità è limitata al trattamento di pazienti adulti ricoverati con infezioni causate da batteri Gram-negativi resistenti ai **carbapenemi** nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate o con infezioni invasive ad eziologia fortemente sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi.)  
con almeno una delle seguenti condizioni:

- ☐ Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata **dall'antibiogramma** in assenza di altre opzioni terapeutiche
- ☐ fallimento di un precedente trattamento con carbapenemi (in dosi/durata appropriata)
- ☐ documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi
- ☐ documentata endemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. Richiedente

In caso di infezione documentata indicare l'agente eziologico: \_\_\_\_\_

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		

\* per le infezioni complicate delle vie urinarie, inclusa pielonefrite, e le infezioni intra-addominali complicate la durata del trattamento raccomandata è compresa tra **5 e 10 giorni**; per la polmonite nosocomiale, inclusa la polmonite associata a ventilazione, la durata del trattamento raccomandata è compresa tra **7 e 14** giorni; può essere richiesto un trattamento fino a **21** giorni.

\*\* 2g/ogni 8 ore - Funzionalità renale nella norma (CrCL da  $\geq 90$  a  $< 120$  mL/min); 2g/ogni 6 ore - Clearance renale aumentata (CrCL  $\geq 120$  mL/min).

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

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

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

Farmacista ospedaliero  
(firma)

Medico richiedente  
(firma e timbro)