

**Allegato A al Decreto n. 108 del 09 AGO. 2022** pag. 1/2**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale ZAVICEFTA® (ceftazidima/avibactam)**

Indicazioni terapeutiche: Zavicefta è indicato negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle seguenti infezioni:

- infezione intra-addominale complicata (cIAI)
- infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite
- polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)

Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate.

Zavicefta è inoltre indicato per il trattamento di infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate.

Si devono considerare le linee-guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

Azienda Sanitaria: _____
Unità Operativa Richiedente: _____ Data: ____ / ____ / ____
Paziente (nome, cognome): _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____
Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____

La rimborsabilità è limitata negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle infezioni urinarie 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 (inclusa, negli adulti, la batteriemia), in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.

Diagnosi		
<input type="checkbox"/>	Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), incluse le pielonefriti, con eziologia <u>documentata</u> da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea, compresa la batteriemia (solo negli adulti)	1a linea: _____ Allegare Antibiogramma
<input type="checkbox"/>	Infezione intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia <u>documentata/sospetta*</u> da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea, compresa la batteriemia (solo negli adulti)	1a linea: _____
<input type="checkbox"/>	Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), con eziologia <u>documentata/sospetta*</u> da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea, compresa la batteriemia (solo negli adulti)	<input type="checkbox"/> Sospetta (specificare _____)
<input type="checkbox"/>	Infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi in pazienti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate, con eziologia <u>documentata/sospetta*</u> da batteri Gram-negativi, resistente ai trattamenti di prima linea.	<input type="checkbox"/> Documentata (Allegare Antibiogramma)

*L'infezione "sospetta" può essere considerata in pazienti selezionati sulla base di criteri epidemiologici, clinici e microbiologici (ad es. colonizzazione intestinale) in accordo a raccomandazioni terapeutiche definite dal programma di stewardship antibiotica del singolo ospedale.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

ZAVICEFTA	<ul style="list-style-type: none">○ Prima prescrizione○ Prosecuzione terapia:<ul style="list-style-type: none">○ con modifiche○ senza modifiche	Posologia	Durata
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--------

Nei soggetti adulti il dosaggio standard in soggetti con CrCl>50 mL/min è 2g ceftazidima/0.5g avibactam ogni 8 ore (tempo di infusione: 2h) per una durata di 5-14 giorni nel trattamento delle cIAI, di 5-10 giorni nel trattamento delle cUTI (inclusa la pielonefrite acuta) e di 7-14 giorni per le polmoniti acquisite in ospedale (incluse le VAP). Vi è esperienza molto limitata per un utilizzo superiore a 14 giorni.

Per gli aggiustamenti di dose in età pediatrica si veda il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

- Infettivologo
- Infettivologo consulente
- Altro (specificare) _____

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 identificato 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