



**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale RECARBRIO® (imipenem-cilastatina/relebactam)**

## Indicazioni terapeutiche

Recarbrio è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni:

- polmonite acquisita in ospedale (HAP), compresa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), negli adulti
- batteriemia che si manifesta in associazione o che si sospetta sia associata a HAP o VAP, negli adulti
- infezioni causate da organismi aerobi Gram negativi negli adulti con opzioni di trattamento limitate

*La rimborsabilità è limitata al trattamento di pazienti adulti ricoverati con infezioni, incluse HAP/VAP e batteriemie associate, 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.*

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

Diagnosi	
<input type="checkbox"/>	Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata dall'antibiogramma in assenza di altre opzioni terapeutiche <b><u>Allegare Antibiogramma</u></b>
<input type="checkbox"/>	Infezioni gravi\invasive con resistenza ai carbapenemi fortemente sospetta in caso di almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi</li> <li>○ documentata epidemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. richiedente</li> </ul> In caso di infezione documentata indicare l'agente eziologico: _____

## PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Specialità	Dose	Durata prevista (cfr. RCP)
Recarbrio	2g. polvere per concentrato per soluzione per infusione	500 mg/500 mg/250 mg ogni 6 ore <sup>1</sup>	In base alla sede dell'infezione <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Per pazienti con una clearance della creatinina (CrCl) da  $\geq 90$  a  $< 150$  mL/min calcolata utilizzando la formula di Cockcroft-Gault.

<sup>2</sup>Ad esempio, per le infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), compresa la pielonefrite e per le infezioni intra-addominali complicate (cIAI) la durata raccomandata del trattamento è da 5 a 10 giorni; il trattamento può proseguire fino a 14 giorni. Per la polmonite acquisita in ospedale/polmonite associata a ventilazione meccanica (HAP/VAP) la durata raccomandata del trattamento è da 7 a 14 giorni.

Sono previsti aggiustamenti di dose in relazione della funzionalità renale (cfr. RCP 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**