



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM (ZAVICEFTA®)

Da compilare insieme alla scheda cartacea di prescrizione AIFA (allegato 1)

- PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_ DELLA ASSL DI \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

DATI DEL REPARTO:	DATI DEL PAZIENTE
Reparto richiedente:	Cognome:
Codice C.d.C.:	Nome:
Data richiesta: / /	Età:
	Patologie concomitanti: ..... ..... .....

### INDICAZIONI TERAPEUTICHE:

Zavicefta è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni negli adulti:

- 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 infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi in pazienti adulti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate

**Richiesta** (allegare antibiogramma che documenti la multifarmacoresistenza)

- 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 infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi in pazienti adulti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate

Zavicefta Posologia/die: \_\_\_\_\_

N° gg terapia: \_\_\_\_\_

Il medico richiedente: (firma e timbro)

.....

**Parte riservata al Servizio di Farmacia**

Consegnati n° \_\_\_\_ flac. Zavicefta (ceftazidima 2g/avibactam 0,5 g)

Data della consegna: \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Firma del farmacista \_\_\_\_\_

Annotazioni:

---

---

---

ALLEGATO

**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale ZAVICEFTA (ceftazidima/avibactam)**

**Indicazioni terapeutiche:** Zavicefta è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni negli adulti:

- 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)

Zavicefta è inoltre indicato per il trattamento di infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi in pazienti adulti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate.

**La rimborsabilità è limitata al 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, in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.**

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: _____	

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

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

Farmaco	Specialità	Dose	Durata prevista (cfr. RCP)
Zavicefta	2g./0,5g. polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g. ceftazidima/0,5g. avibactam ogni 8 ore	

*Il dosaggio standard in soggetti con CrCl>50 mL/min è 2 g. ceftazidima/0,5 g. avibactam ogni 8 ore (tempo di infusione: 2 h.) 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*

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**