



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

SCHEDA MONITORAGGIO Ceftobiprol medocaril sodico (Mabelio®)

o PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DELLA ASL DI _____

o AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI _____

o AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

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

Il ceftobiprol è inserito in PTR con la seguente nota limitativa:

“limitatamente all’utilizzo dopo fallimento della terapia empirica con i farmaci di riferimento raccomandati dalle linee guida internazionali” e sottoposta a monitoraggio.

SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI CEFTOBIPROLO SECONDO LE INDICAZIONI

AUTORIZZATE:

Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica (ventilator-associated pneumonia, VAP) negli adulti

Polmonite acquisita in comunità (CAP) negli adulti

1) Infezione MRSA resistente SI NO



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Trattamento precedente

2) Paziente intollerante ai farmaci di prima linea

Motivazioni

Ceftobiprolo Posologia/die: _____

N° gg terapia: _____

Il medico richiedente: (firma e timbro)

Parte riservata al Servizio di Farmacia

Consegnati n° ____ fl Mabelio

Data della consegna: __/__/____ Firma del farmacista _____