

**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale ZERBAXA (ceftolozano-tazobactam)**

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

- Infezioni intra-addominali complicate
- Pielonefrite acuta
- Infezioni complicate del tratto urinario

Devono essere considerate le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

*La rimborsabilità è limitata alla pielonefrite acuta, alle infezioni complicate del tratto urinario sostenute da batteri gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea e alle infezioni addominali complicate, la cui etiologia documentata o sospetta è dovuta a batteri gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea.*

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 intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi, resistente ai trattamenti di prima linea (se si sospetta la presenza di patogeni anaerobi Zerbaxa dovrà essere associato a metronidazolo)	<input type="checkbox"/>
Pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea (Allegare antibiogramma)	<input type="checkbox"/>
Infezione complicata del tratto urinario (cUTI) con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea (Allegare antibiogramma)	<input type="checkbox"/>

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

Farmaco	Specialità	Dose	Durata prevista
Zerbaxa	1g./0,5g. polvere per concentrato per soluzione per infusione		

*Il dosaggio standard in soggetti con CrCl > 50 mL/min è 1 g. ceftolozano/0,5 g. tazobactam ogni 8 ore (tempo di infusione: 1 h.) per una durata di 4-14 giorni nel trattamento delle cIAI e di 7 giorni nel trattamento della pielonefrite acuta e delle cUTI.*

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**

