

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

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

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.

Diagnosi	
• Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata dall'antibiogramma in assenza di altre opzioni terapeutiche	<input type="checkbox"/>
• Infezioni gravi/invasive con resistenza ai carbapenemi fortemente sospetta in caso di almeno una delle seguenti condizioni:	<input type="checkbox"/>
○ documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi	<input type="checkbox"/>
○ documentata endemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. richiedente	<input type="checkbox"/>
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 ¹	In base alla sede dell'infezione ²
<p>¹ Per pazienti con una clearance della creatinina (CrCl) da ≥ 90 a < 150 mL/min calcolata utilizzando la formula di Cockcroft-Gault. ² 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.</p> <p>Sono previsti aggiustamenti di dose in relazione della funzionalità renale (cfr. RCP del prodotto)</p>			

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**



Sede legale: via Venezia, 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Si prega di compilare i seguenti campi obbligatori:

CONSULENZA INFETTIVOLOGICA: SI

NOME/COGNOME INFETTIVOLOGO: _____

DATA CONSULENZA: _____ ORA CONSULENZA: _____