

Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale FETCROJA (cefiderocol)

Indicazioni terapeutiche: Fetroja è indicato per il trattamento delle infezioni dovute a organismi aerobi gram-negativi negli adulti con opzioni terapeutiche limitate.

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: _____	

La rimborsabilità è limitata al trattamento di pazienti adulti ricoverati con infezioni 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"/>
○ fallimento di un precedente trattamento con carbapenemi (in dosi/durata appropriata)	<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)
Cefiderocol	Fetroja 1g polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g ogni 8 ore	In base alla sede dell'infezione *
* Per le infezioni complicate delle vie urinarie, inclusa pielonefrite, e le infezioni intra-addominali complicate la durata del trattamento raccomandata è compresa tra 5 e 10 giorni. Per la polmonite nosocomiale, inclusa la polmonite associata a ventilazione, la durata del trattamento raccomandata è compresa tra 7 e 14 giorni. Può essere richiesto un trattamento fino a 21 giorni. Sono previsti aggiustamenti di dose in relazione della funzionalità renale (cfr. RCP del prodotto)			

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 identificata 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 NO

NOME/COGNOME INFETTIVOLOGO: _____

DATA CONSULENZA: _____ ORA CONSULENZA: _____