



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
MEROPENEM + VABORBACTAM 1 g + 1 g ev (VABOREM)**

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate *(la rimborsabilità è limitata al trattamento di pazienti adulti con accertate o sospette gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi CRE)*

- Infezione del tratto urinario complicata (**cUTI**), compresa pielonefrite con eziologia documentata con antibiogramma
- Infezione intra-addominale complicata (**cIAI**) con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti al trattamento di I linea
- Polmonite nosocomiale (**HAP**), inclusa polmonite associata a ventilazione (**VAP**) con eziologia documentata/sospetta da CRE resistenti al trattamento di I linea
- Batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate con eziologia documentata da antibiogramma
- infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate con eziologia documentata da antibiogramma

Specifiche della richiesta:	Si	NO
TERAPIA EMPIRICA (max 3 giorni)		
TERAPIA MIRATA		
ANTIBIOGRAMMA		
<i>Specificare sito di prelievo:</i>		
ALTRA/E TERAPIA ANTIBIOTICA IN PRECEDENZA (se si specificare P.A., posologia, durata)		

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA*	
POSOLOGIA**	
QUANTITA' RICHIESTA	
QUANTITA' CONSEGNATA	

*5-10 giorni per UTI complicata (cUTI), inclusa pielonefrite e cIAI; 7-14 giorni Polmonite nosocomiale (HAP), inclusa VAP; batteriemia in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate e infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in pazienti con opzioni terapeutiche limitate: da valutare.
** 2 g+2 g/ogni 8 ore.

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____

Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)