



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI  
CEFTAZIDIMA + AVIBACTAM 2 g + 0,5 g ev (ZAVICEFTA)**

Paziente: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Diagnosi Di Ricovero: \_\_\_\_\_

**Indicazioni Autorizzate**

- Infezioni intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate
- Infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti e **nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi** nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Altro (specificare).....

Specifiche della richiesta:	Sì	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		

\*Un ciclo di trattamento dura solitamente 5-14 giorni, a seconda del tipo di infezione e della risposta al trattamento (vedi RCP per maggiori dettagli).

\*\* La dose raccomandata per gli adulti è un flaconcino (2 g ceftazidima/ 0,5 g avibactam) ogni 8 ore.

La rimborsabilità è limitata al trattamento delle infezioni complicate (inclusa la pielonefrite) con documentata resistenza ad un trattamento di prima linea e al trattamento delle infezioni addominali complicate, delle polmoniti nosocomiali (inclusa la VAP), o di altre infezioni in pazienti con opzioni terapeutiche limitate, in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.

Data Richiesta \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

Farmacista ospedaliero  
(firma)

Medico richiedente  
(firma e timbro)