



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM 1 g + 0,5 g ev (ZERBAXA)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso: M F

Diagnosi Di Ricovero: _____

Indicazioni Autorizzate

- Infezioni intra-addominali complicate con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi e resistenti ai trattamenti di I linea
- Infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite acuta con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea
- Polmonite acquista in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di I linea

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		
<small>* 4-14 giorni per infezione intra-addominale complicata; 7 giorni per infezione complicata del tratto urinario Pielonefrite acuta; 8-14 giorni nelle HAP/VAP ** 1 g ceftolozano+0,5 g tazobactam/ogni 8 ore ; nelle HAP/VAP 2g/1g ogni 8 ore</small>		

Data Richiesta _____

Centro Prescrittore _____

Medico Prescrittore _____ Recapito _____

Farmacista ospedaliero
(firma)

Medico richiedente
(firma e timbro)