



## SCHEMA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI

**MEROPENEM ev**

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

Età \_\_\_\_\_ Sesso: M  F 

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

**Indicazioni Autorizzate**

- Polmonite grave, compresa polmonite acquisita in ospedale e polmonite associata a ventilazione
- Infezioni broncopolmonari nella fibrosi cistica
- Infezioni complicate delle vie urinarie
- Infezioni complicate intra-addominali
- Infezioni intra e post-partum
- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli
- Meningite batterica acuta
- Nella gestione dei pazienti neutropenici con febbre di sospetta origine d'infezione batterica
- Trattamento di pazienti con batteriemia che si verifica in associazione, o sembra essere associata a una qualsiasi delle infezioni sopra elencate

<b>Specifiche della richiesta:</b>	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	

\* La durata del trattamento deve essere stabilita in base alla risposta clinica.

\*\* Una dose fino a 2 g tre volte al giorno negli adulti e negli adolescenti e una dose fino a 40 mg/kg tre volte al giorno nei bambini può essere particolarmente appropriata nel trattamento di alcuni tipi di infezioni come le infezioni da specie batteriche poco sensibili (ad es. Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp) o infezioni molto gravi (vedi RCP per info aggiuntive).

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

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

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

Farmacista ospedaliero  
(firma)Medico richiedente  
(firma e timbro)