

## Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale RECARBRIO (imipenem-cilastatina/relebactam)

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, incluse HAP/VAP e batteriemie associate, 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"/>
○ documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi	<input type="checkbox"/>
○ documentata epidemia 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)
Recarbrio	500 mg/500 mg/250 mg polvere per soluzione per infusione	500 mg/500 mg/250 mg ogni 6 ore <sup>1</sup>	In base alla sede dell'infezione <sup>2</sup>
<sup>1</sup> Per pazienti con una clearance della creatinina (CrCl) da $\geq 90$ a $< 150$ mL/min calcolata utilizzando la formula di Cockcroft-Gault. <sup>2</sup> Ad esempio, per le infezioni complicate del tratto urinario (cUTI), compresa la pielonefrite e per le infezioni intra-addominali complicate (cIAI) la durata raccomandata del trattamento è da 5 a 10 giorni; il trattamento può proseguire fino a 14 giorni. Per la polmonite acquisita in ospedale/polmonite associata a ventilazione meccanica (HAP/VAP) la durata raccomandata del trattamento è da 7 a 14 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 identificato 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

