



AOU Sassari

## Scheda utilizzo Carbapenemi (imipenem, meropenem, ertapenem)



*L'uso dei carbapenemi è da limitare alle infezioni complicate causate da batteri con sensibilità accertata o molto probabile*

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Data richiesta: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Richiesta Areas n. \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Data Ricovero: \_\_\_\_\_

Data inizio terapia: \_\_\_\_\_

**Principali indicazioni cliniche:**

- Sepsi
- IVU complicate
- VAP o HAP (no ertapenem)
- CAP
- Infezioni intra-addominali complicate
- Infezioni osteoarticolari
- Infezioni complicate di cute e tessuti molli
- Infezioni intra e post-partum
- Meningite batterica acuta (solo meropenem)
- Infezioni broncopolmonari nella fibrosi cistica (solo meropenem)
- Trattamento empirico della neutropenia febbrile (no ertapenem)

**In caso di Indicazioni off label allegare:**

- Consenso informato
- Autorizzazione Direzione Sanitaria
- Relazione clinica con dichiarazione di responsabilità del medico prescrivente

- Terapia empirica
- Terapia mirata (allegare antibiogramma)

**Schema terapeutico**

- Inizio terapia
- Prosecuzione terapia

Specificare:

- \*1° scelta (Dott. \_\_\_\_\_)
- 2° scelta
- 3° scelta

Se 2°/3° scelta indicare antibiotici somministrati in precedenza:

\_\_\_\_\_

Eventuali antibiotici associati:

\_\_\_\_\_

\*In 1° scelta occorre consulenza dell'infettivologo o referente CICA entro 72 ore dall'inizio terapia (eccetto Sepsi)

**Farmaco richiesto (specificare principio attivo):**

\_\_\_\_\_

**Posologia:**

\_\_\_\_\_

**Durata terapia (max 7 gg):**

\_\_\_\_\_

**Quantità richiesta:**

\_\_\_\_\_

Il Medico richiedente  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**Parte riservata alla Farmacia Ospedaliera**

DATA CONSEGNA	CONSEGNA	FIRMA FARMACISTA
	<input type="checkbox"/> Evaso tot. <input type="checkbox"/> Evaso parz.	