

## SCHEDA CARTACEA AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI CEFTAZIDIME/AVIBACTAM (ZAVICEFTA®)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dello specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (C10) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).

|   |   |
|---|---|
| Centro prescrittore _____                 |   |
| Medico prescrittore (cognome, nome) _____ |   |
| Tel. _____                                | e-mail _____  |
| Paziente (cognome, nome) _____            |   |
| Data di nascita _____                     | sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ |
| peso (Kg) _____                           |   |
| Codice fiscale _____                      | Tel _____   |
| ASL di residenza _____                    | Regione _____ Prov. _____                                       |
| Medico di Medicina Generale _____         | recapito Tel. _____   |

### Indicazione autorizzata :

Zavicefta è indicato negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle seguenti infezioni:

- infezione intra-addominale complicata (cIAI)
- infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite
- polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate.

Zavicefta è inoltre indicato per il trattamento di 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. Si devono considerare le linee-guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

### Indicazione rimborsata SSN :

La rimborsabilità è limitata negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle infezioni urinarie 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 (inclusa, negli adulti, la batteriemia), in cui vi sia sospetto o certezza di infezioni sostenute da batteri gram-negativi aerobi resistenti.

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità :**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), incluse le pielonefriti, con eziologia documentata da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea (Allegare antibiogramma), compresa la batteriemia (solo negli adulti)           | <input type="checkbox"/> |
| Infezione intra-addominale complicata (cIAI) con eziologia documentata/sospetta* da batteri Gramnegativi resistenti ai trattamenti di prima linea), compresa la batteriemia (solo negli adulti)   | <input type="checkbox"/> |
| Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), con eziologia documentata/sospetta* da batteri Gram-negativi resistenti ai trattamenti di prima linea, compresa la batteriemia (solo negli adulti) | <input type="checkbox"/> |
| Infezioni causate da microrganismi Gram-negativaerobi in pazienti nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate, con eziologia documentata/sospetta* da batteri Gram-negativi, resistente ai trattamenti di prima linea                            | <input type="checkbox"/> |

*“ L’infezione sospetta “ può essere considerata in pazienti selezionati sulla base di criteri epidemiologici, clinici e microbiologici (ad es. colonizzazione intestinale) in accordo a raccomandazioni terapeutiche definite dal programma di stewardship antibiotica del singolo ospedale.*

**Prescrizione**

| Prima prescrizione   | Prosecuzione terapia: |                 |
|--|-----------------------|-----------------|
|  | con modifiche         | senza modifiche |
|  | Posologia             | Durata          |
| ZAVICEFTA  |                       |                 |
| <p><i>Nei soggetti adulti il dosaggio standard in soggetti con CrCL&gt;50 mL/min è 2 g. ceftazidima/0,5 g. avibactam ogni 8 ore (tempo di infusione: 2 h.) per una durata di 5-14 giorni nel trattamento delle dAI, di 5-10 giorni nel trattamento delle cUTI (inclusa la pielonefrite acuta) e di 7-14 giorni per le polmoniti acquisite in ospedale (incluse le VAP). Vi è esperienza molto limitata per un utilizzo superiore a 14 giorni.</i></p> <p><i>Per gli aggiustamenti di dose in età pediatrica si veda il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.</i></p> |                       |                 |

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

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

**RISERVATO ALLA FARMACIA**

Confezione : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

Farmacista : \_\_\_\_\_