



Modulo di richiesta motivata
di ertapenem (Invanz®) per
singolo paziente

Codice: MODFARM05

Data: 15 febbraio 2016

Revisione: 1

RICHIESTA ERTAPENEM (INVANZ® 1g/20 ml flac. ev)

Presidio di _____ Reparto _____ Data _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____

Caratteristiche del paziente candidabile

Barrare le caselle attinenti al caso

non ci sono presupposti per pensare alla presenza di Pseudomonas perché il paziente arriva dalla comunità

soggetto trattato nei mesi precedenti con cefalosporine di 3^a generazione o fluorochinoloni

soggetto portatore di cateteri urinari, in assenza di evidenze recenti di infezioni da Pseudomonas o di immunodepressione

soggetto anziano proveniente da RSA

- + in assenza di recenti infezioni da Pseudomonas (se recenti infezioni da MRSA associarlo a glicopeptide)
- + non immunodepresso (uso cronico di steroidi ed immunosoppressori)
- + non ospedalizzato negli ultimi 3 mesi
- + previa attenta valutazione di possibile infezione polimicrobica

Indicazione

1^a scelta

Infezioni addominali

Infezioni ginecologiche acute

Sepsi in paziente comunitario di possibile origine addominale-ginecologica-piede diabetico-polmoni, in attesa della definizione eziologica con almeno un segno di disfunzione d'organo

2^a scelta

Infezioni di cute e tessuti molli del piede diabetico (in assenza di segni clinici sospetti per Pseudomonas, ad es. essudato giallo-verde, ulcera che non ha risposto a precedente terapia antibiotica)

Polmonite acquisita in comunità

Terapia mirata

sensibile ai carbapenemici (molecole testate imipenem e meropenem)

- + assenza di Pseudomonas- Acinetobacter- Enterococcus fecalis e fecium
- + presenza di ESBL produttori G- (ad esempio E. coli, Proteus mirabilis, K. pneumoniae)
- + eventuale concomitanza di anaerobi

Richiesta

Posologia: 1 flac/die durata terapia (gg) _____ n° flac richiesti _____

Il Medico richiedente
