Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Integrata con il Servizio Sanitario Regionale

SCHEDA DI PRESCRIZIONE MEROPENEM

Data: _____ **Reparto:** _____

Centro di costo: _____ **Mag** _____ **Medico Prescrittore:** _____

Nome e Cognome del paziente: _____ **CC:** _____

Età: ____ **Sesso:** M ☐ F ☐

POSOLOGIA E DURATA

Dose: ☐ 1g x3/die ☐ 2g x3/die ☐ Altra: _____ **Infusione continua:** ☐ Sì ☐ No

Durata prevista: _____ giorni **Data inizio terapia** _____ **Quantità** _____

Funzione renale (Cr Cl): _____ ml/min **Aggiustamento posologico:** ☐ Sì ☐ No

Indicazione

INFEZIONE ACCERTATA/SOSPETTA

☐ Polmonite grave / Polmonite nosocomiale / VAP
☐ Infezione complicata vie urinarie
☐ Infezione complicata intra-addominale
☐ Neutropenia febbrile
☐ Infezioni broncopolmonari nella fibrosi cistica
☐ Infezioni complicate cute e tessuti molli
☐ Meningite batterica acuta
☐ Infezione del sito chirurgico
☐ Batteriemia
☐ Infezioni intra e post-partum

Motivazione della scelta

☐ Presenza di sepsi sì ☐ no ☐
☐ Presenza di shock settico sì ☐ no ☐
☐ Fallimento terapia precedente (specificare molecola/posologia e durata) : _____

_____

☐ Indicazione infettivologica (obbligatoria per prosecuzione >72h)

Indicare Tipologia di Terapia

Terapia empirica ☐
Terapia mirata (allegare esame colturale) ☐

Medico Prescrittore
(Firma e Timbro)

NB: La prescrizione di meropenem deve essere giustificata da specifiche condizioni cliniche (infezioni da germi MDR sospetta/accertata, sepsi e shock settico in paziente con fattori di rischio per germi MDR). **In assenza di una clinica suggestiva di infezione, la sola positività degli esami microbiologici non è condizione necessaria per iniziare una terapia antibiotica (es. batteriuria asintomatica), così come l'aumento degli indici di flogosi in assenza di clinica suggestiva.**