

Registro per il monitoraggio farmaco-epidemiologico

dei farmaci antibiotici anti gram negativi di ultima generazione

Indicazione terapeutica di riferimento e ambiti di rimobarsabilità : trattamento empirico o mirato delle infezioni gravi dovute a microrganismi gram negativi multiresistenti

DATI DI CONTESTO

Azienda Sanitaria: _____	UO Richiedente: _____
Specialista referente della prescrizione	
Data inizio terapia: ____ / ____ / ____	
Identificativo paziente (nome, cognome):_____	Data di nascita: ____ / ____ / ____
numero nosologico oppure CF oppure TS _____	Sesso: _____
Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____	

FARMACO PRESCRITTO

	Dose die _____ dato numerico in grammi Modalità infusione
--	---

DIAGNOSI		
Sede di infezione identificata		
Se SI 	Se altro: 	Sede di acquisizione

Se SI

CO-MORBOSITÀ	
Charslon score _____	(valore numerico)
Età _____	(valore numerico)
Anamnesi chirurgica nei 30 giorni precedenti	
Se SI	
Immunodepressione maggiore	Trapianto di organo solido Trapianto allogenico di cellule staminali Neoplasia ematologica in fase acuta Neoplasia ematologica in fase cronica non controllata Neoplasia solida non controllata Utilizzo di monoclonali anti CD3 Utilizzo di anti TNF Utilizzo di inibitori della Tirosino-Kinasi Utilizzo di monoclonali JAC inibitori Utilizzo di altri monoclonali Trattamento con CAR-T Terapia steroidea ad altre dosi da oltre 30 giorni
se SI	
Altre comorbidità	ESLD (Cirrosi epatica con CP > 2) IRC in dialisi Diabete mellito Scompenso cardiaco cronico Pregresso stroke Patologia neurologica cronica Malattia immunomediatata Immunodepressione geneticamente determinata AIDS Altro
Co-infezioni virali	CMV Influenza grave COVID-19 Altro
se SI	

--	--

TIPO DI PRESCRIZIONE	
Terapia empirica - motivazione	
Regime di combinazione	Se regime di combinazione, farmaco associato Altro

Terapia targeted - motivazione
Regime di combinazione Se regime di combinazione, farmaco associato
Microrganismo isolato e profilo di resistenza maggiore

--

ESITI
Tempo totale di terapia : _____ Valore numerico in giorni
Recidiva nei trenta giorni successivi alla sospensione

Recapiti servizio Farmaceutico di riferimento : _____