

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	
Charlson score _____ (valore numerico) Età _____ (valore numerico)	
Anamnesi chirurgica nei 30 giorni precedenti Se SI	
Immunodepressione maggiore se SI	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
Altre comorbidità Se SI	ESLD (Cirrosi epatica con CP > 2) IRC in dialisi Diabete mellito Scompenso cardiaco cronico Pregresso stroke Patologia neurologica cronica Malattia immunomediata Immunodepressione geneticamente determinata AIDS Altro
Co-infezioni virali se SI	CMV Influenza grave COVID-19 Altro

--	--

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 : _____