

Documento PTR n. 343 relativo a:

**SCHEDA REGIONALE
DI PRESCRIZIONE
DI CEFTAROLINA FOSAMIL**

Ottobre 2023

SCHEDA REGIONALE DI PRESCRIZIONE DI CEFTAROLINA FOSAMIL

Ai fini della rimborsabilità SSN la Scheda deve essere compilata a cura dello specialista infettivologo o, in sua assenza, a cura di altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal CIO.

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____	Data di nascita _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso (kg) _____	Codice Fiscale _____
Tel. _____	AUSL di residenza _____ Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina generale _____	Tel. _____

Indicazione approvata: trattamento delle seguenti infezioni nei neonati, nei lattanti, nei bambini, negli adolescenti e negli adulti:

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- Polmonite acquisita in comunità (CAP).

Indicazione rimborsata SSN: trattamento delle seguenti infezioni nei neonati, nei lattanti, nei bambini, negli adolescenti e negli adulti:

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- Polmonite acquisita in comunità (CAP).

esclusivamente nei casi in cui sia fallito un precedente trattamento antibiotico.

La CRF ritiene che, tenuto conto dello spettro di attività di ceftarolina, l'utilizzo clinico più appropriato sia il trattamento delle infezioni con eziologia documentata o fortemente sospetta da MRSA.

L'antibiotico è collocato nel gruppo di principi attivi "reserve" della Lista AWaRe dell'OMS (<https://aware.essentialmeds.org/list>).

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità
Diagnosi accertata di:

- Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI)
- Polmonite acquisita in comunità (CAP)

Fallimento di almeno un precedente trattamento antibiotico:

- Indicare il/i regime/i antibiotici utilizzati in precedenza:
- Tipo: _____ Dose: _____ Durata: _____
- Tipo: _____ Dose: _____ Durata: _____
- Tipo: _____ Dose: _____ Durata: _____

SCHEMA DI TRATTAMENTO

Ceftarolina fosamil 600 mg concentrato per soluzione per infusione ev	Posologia (mg/infusione)*: 600 mg Tempo di infusione (min./frequenza)*: 5-60/ogni 12 ore	Durata: la durata raccomandata del trattamento è 5-14 giorni per le cSSTI e di 5-7 giorni per le CAP
*dosaggio negli adulti con funzionalità renale normale, clearance della creatinina (CrCl) >50 ml/min. Per aggiustamenti di dosaggio e per eventuali avvertenze d'uso nella popolazione pediatrica si veda l'RCP del farmaco.		

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore _____