

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO
CATEGORIA: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA.

Excluyente: Adjuntar Resumen de Historia clínica y antibiograma.

CEFTAZIDIMA / AVIBACTAM.

Posología (Dosis en mg o g):

- **Dosis Inicio** (si corresponde) _____ cada ____hs. • **D. Mantenimiento** _____ cada ____hs.
- **Peso:** _____ Kg. • **Edad:** _____ • **Superficie corporal** (si corresponde): _____ m²
- **Duración prevista del tratamiento:** _____ días

Motivo de la prescripción:

- ☐ 1. Pielonefritis aguda (como alternativa a Carbapenémicos). Solo en pacientes internados.
- ☐ 2. Infección intraabdominal en contexto de sospecha clínica o de alta prevalencia local de cepas resistentes a Carbapenémicos (productores de carbapenemasas KPC y OXA-48). Solo en pacientes internados.
- ☐ 3. Neumonía nosocomial, incluyendo neumonía asociada a ventilación mecánica. Solo en pacientes internados.

Datos del paciente:

Nombre _____ **Planta** _____ **Cama** _____

Nº H. Clínica _____ **Diagnóstico principal** _____

_____ **DNI** _____

Obra Social y Nº afiliado _____

Medico _____ **Servicio** _____

Teléfono/ Interno de Contacto: _____ **Fecha** ____/____/____/

Firma y sello (médico tratante) _____

Firma y sello (infectólogo) _____ **(Obligatorio)**

Nota: Las planillas se envían a la Unidad de Farmacoterapéutica. No se cuenta con stock. Se solicitara a la droguería solo en caso de resultar aprobada.