

# **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):\_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- **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 solicitará a la droguería solo en caso de resultar aprobada.