

DICTAMEN PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA N.º 011-DETS-IETSI-2021  
EFICACIA Y SEGURIDAD DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON NEUMONÍA  
INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA CAUSADA POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS PRODUCTORAS DE  
CARBAPENEMASAS Y RESISTENTES A COLISTINA

**ANEXO N° 2. Formato de Solicitud/Autorización de Uso de Ceftazidima/Avibactam.**



<b>FORMATO DE SOLICITUD / AUTORIZACIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN CASOS DE EMERGENCIA</b>		
(Condiciones de uso)		
APELLIDOS DEL PACIENTE	NOMBRES DEL PACIENTE	PRODUCTO FARMACÉUTICO: CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM <small>Cantidad solicitada en EMG:</small>
N° HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE PRESCRIPCIÓN	

<b>Sobre el diagnóstico del paciente</b>		
1. ¿La edad del paciente es $\geq 18$ años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente tiene el diagnóstico de neumonía intrahospitalaria asociada a ventilación mecánica (NAVM)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.a. ¿El paciente cuenta con resultados radiológicos compatibles con neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿El paciente tiene el diagnóstico de sepsis secundaria a NAVM?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.a. ¿El paciente tiene resultados hematológicos compatibles con neumonía y/o sepsis (p. ej. leucocitosis, entre otros)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.b. ¿El puntaje SOFA del paciente incrementó en 2 o más puntos como consecuencia de la infección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sobre el agente infeccioso</b>		
4. ¿El cultivo microbiológico fue positivo para: <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Serratia marcescens</i> o <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿La bacteria aislada es resistente a carbapenémicos y colistina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sobre las contraindicaciones de ceftazidima/avibactam</b>		
6. ¿El paciente presenta hipersensibilidad a los principios activos (ceftazidima o avibactam)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿El paciente tiene antecedente de hipersensibilidad grave (p.ej. reacción anafiláctica, reacción cutánea grave) a cualquier otro $\beta$ -lactámico (p.ej. penicilinas, monobactámicos o carbapenémicos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿El paciente tiene antecedente de hipersensibilidad a cualquier agente antibacteriano cefalosporínico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿La depuración de creatinina del paciente es $\leq 50$ ml/min?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿La paciente está gestando? ( <i>solo para las pacientes mujeres</i> )	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

\* Todas las respuestas deben estar debidamente sustentadas en la historia clínica.



FIRMA Y SELLO  
Nombre y apellidos completos del médico tratante:

FIRMA Y SELLO  
Nombre y apellidos completos del jefe de servicio: