



Nyheter om appen?

App Strama Nationell

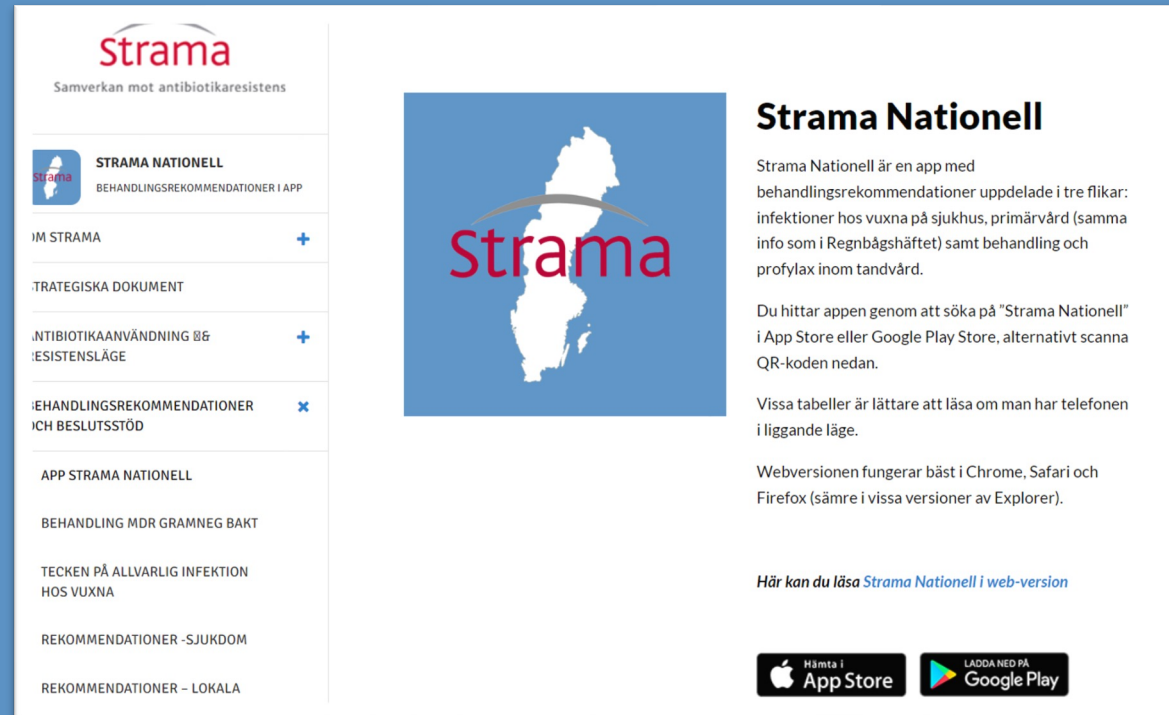
Sjukhusstrama VGR 231128



appstramanationell@strama.se

Ulrika Snygg-Martin
Infektion, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Hur hittar jag Strama Nationell?



Strama
Samverkan mot antibiotikaresistens

STRAMA NATIONELL
BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER I APP

OM STRAMA +

STRATEGISKA DOKUMENT

ANTIBIOTIKAANVÄNDNING & RESISTENSLÄGE +

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER OCH BESLUTSSTÖD x


APP STRAMA NATIONELL

BEHANDLING MDR GRAMNEG BAKT

TECKEN PÅ ALLVARLIG INFEKTION HOS VUXNA

REKOMMENDATIONER - SJUKDOM

REKOMMENDATIONER - LOKALA



Strama Nationell

Strama Nationell är en app med behandlingsrekommendationer uppdelade i tre flikar: infektioner hos vuxna på sjukhus, primärvård (samma info som i Regnbågshäftet) samt behandling och profylax inom tandvård.

Du hittar appen genom att söka på "Strama Nationell" i App Store eller Google Play Store, alternativt scanna QR-koden nedan.

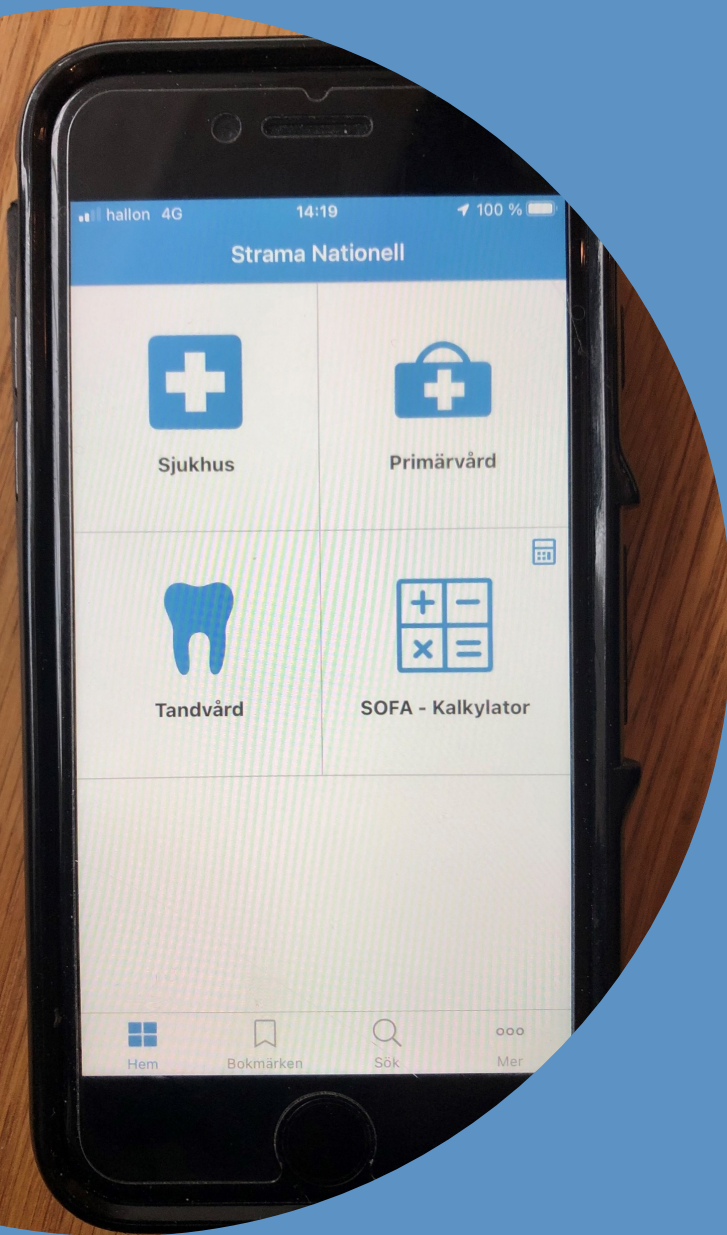
Vissa tabeller är lättare att läsa om man har telefonen i liggande läge.

Webversionen fungerar bäst i Chrome, Safari och Firefox (sämre i vissa versioner av Explorer).

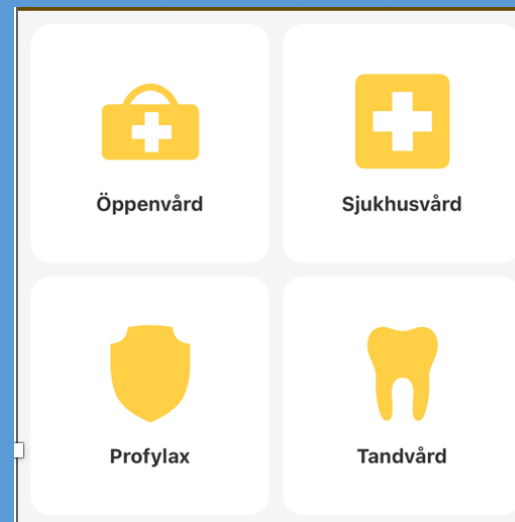
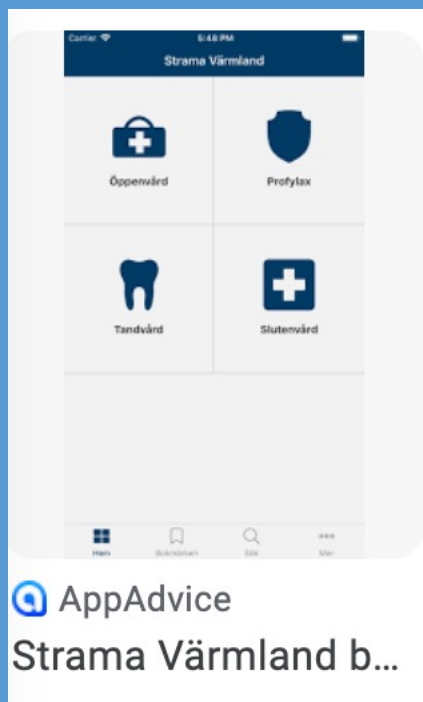
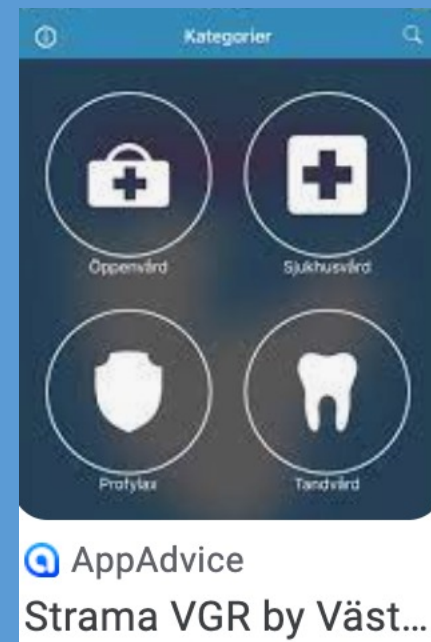
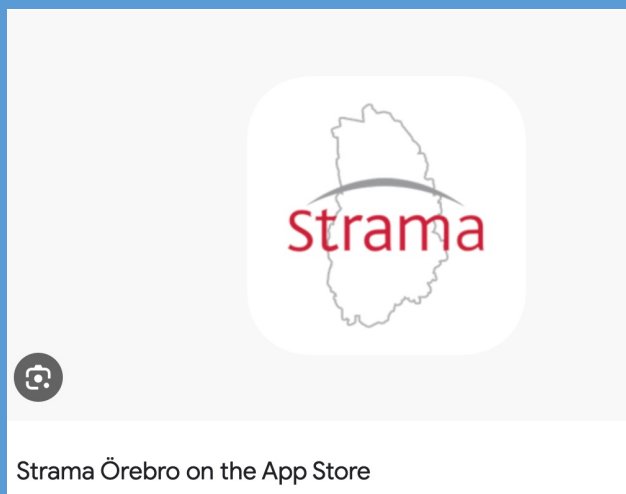
[Här kan du läsa Strama Nationell i web-version](#)

Hämta i App Store Ladda ned på Google Play

där appar finns eller webbversion på strama.se



Lansering 2017



Antibiotika: Strama-app avvecklas 31 december

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, Strama, har under flera år haft en app för att vägleda yrkesverksamma i antibiotikafrågor. Vid årsskiftet kommer appen att avvecklas.



Region Gävleborgs regionala Strama-app avvecklas 31 december 2023. Därefter kommer appen att tas bort helt.

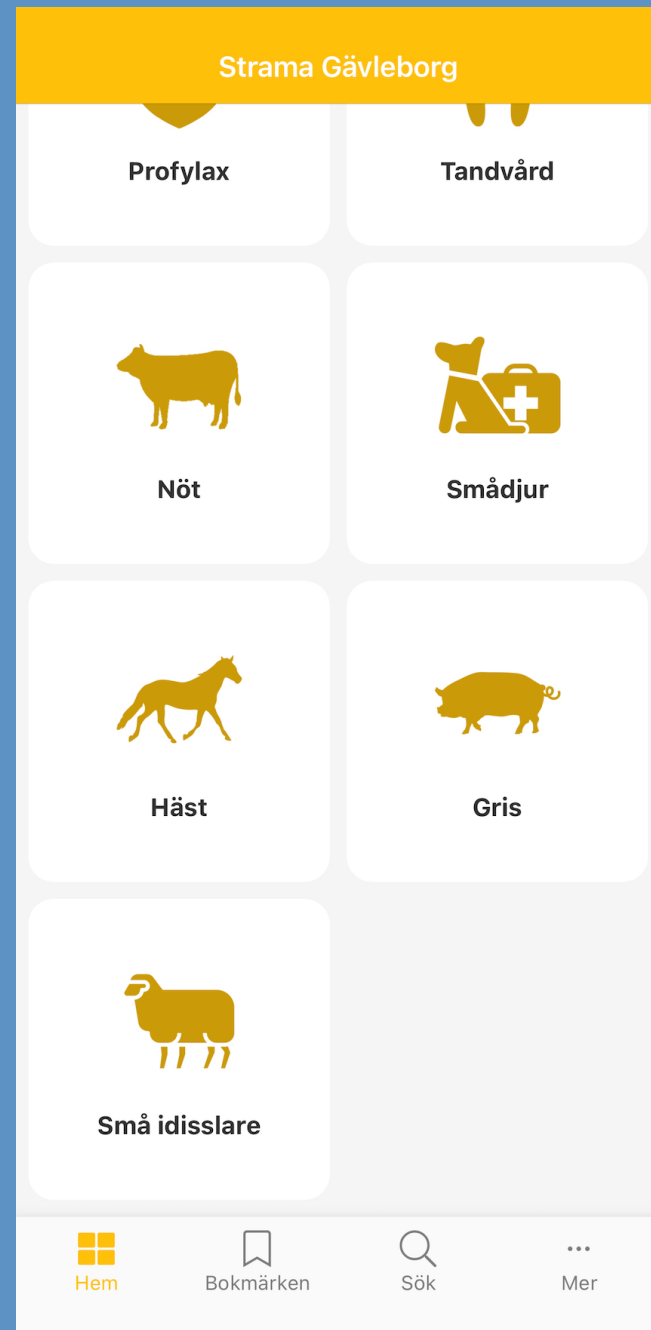
– Du som använder den regionala Strama-appen i ditt arbete i dag kan då i stället använda den nationella Strama-appen. Den kommer att uppdateras regelbundet, säger Shah Jalal, smittskyddsläkare och ordförande i Strama Gävleborg.

Syftet med övergången till den nationella Strama-appen är att uppnå en likartad användning i behandlingsrekommendationer över hela landet.

Uppskattad veterinärdel

I dagsläget innehåller den regionala Strama-appen även en veterinärdel. Distriktsveterinärerna kommer att fortsätta med en separat veterinär-app.

– Veterinärdelen och samarbetet med Strama Gävleborg har varit mycket uppskattat. Distriktsveterinärerna har verksamhet i hela Sverige och kommer därför att fortsätta att göra innehåll för veterinärer i "app-form", men i egen regi, säger Michael Segall, överveterinär antibiotika och vårdhygien, distriktsveterinärerna.









230316



231128






Strama Nationell

 Sjukhus	 Primärvård
 Tandvård	 Allmänt
  SOFA - Kalkylator	

Hem Bokmärken Sök Mer



Strama Nationell

 Sjukhus	 Primärvård
 Tandvård	 Läkemedel
 Profylax	

Hem Bokmärken Sök Mer

Hur mycket används Strama Nationell?

2019: 66 000 gånger

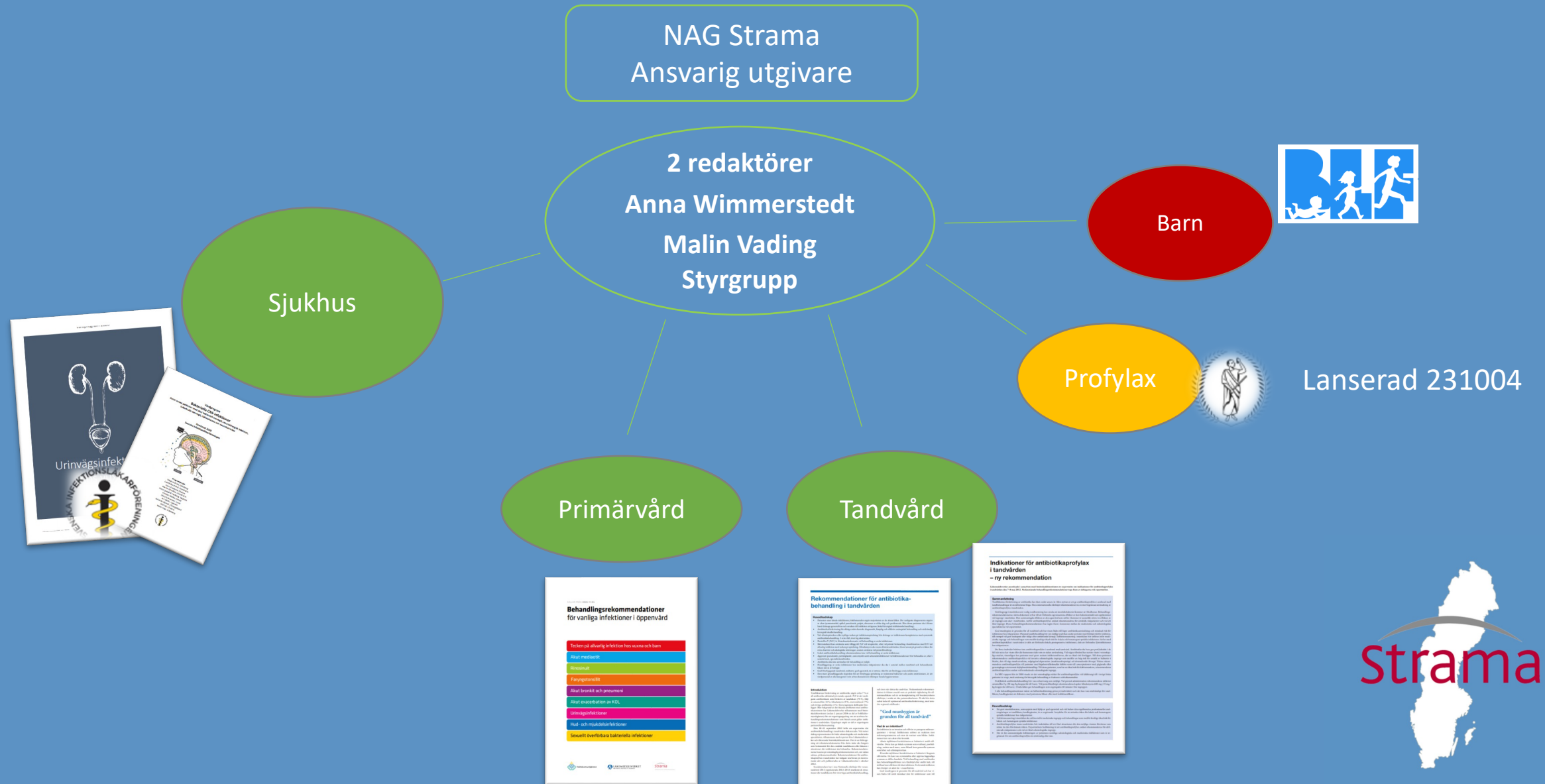
2020: 71 000

2021: 91 000

2022: >100 000

Webben utöver detta

Appens organisation





Strama

Samverkan mot antibiotikaresistens



FKM

Antibiotikaproylax vid urologiska ingrepp

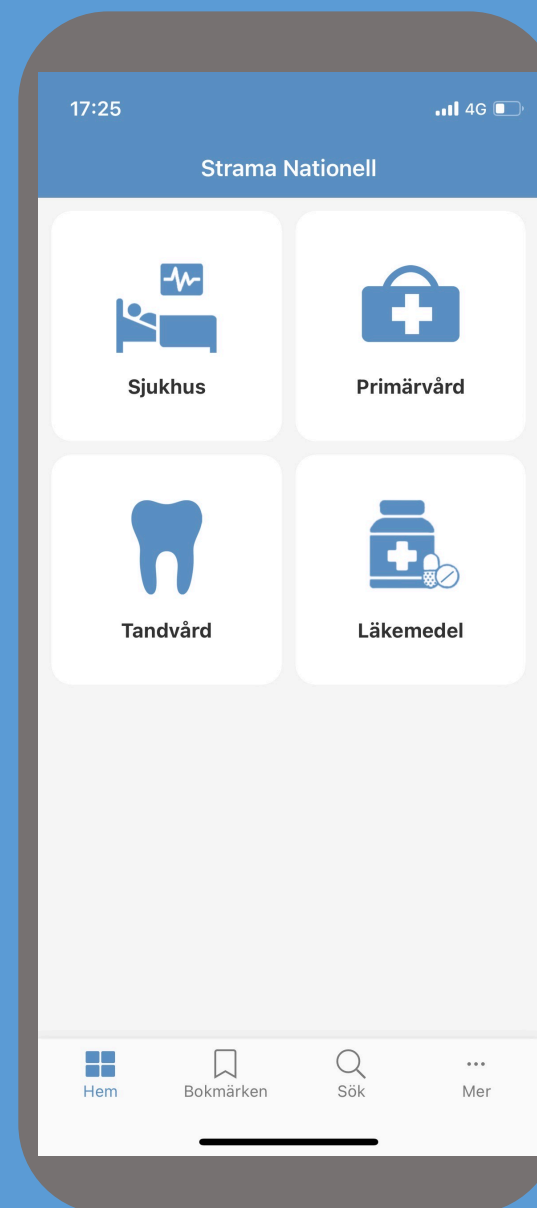
Klinisk riktlinje avseende användning av antibiotika inför urologiska ingrepp, remissversion 2023.

Remissversion 231003. Synpunkter välkomna senast 240130.

Versioner

2023-10-03	Remissversion
ÅÅÅÅ-mm-dd	Slutgiltig version

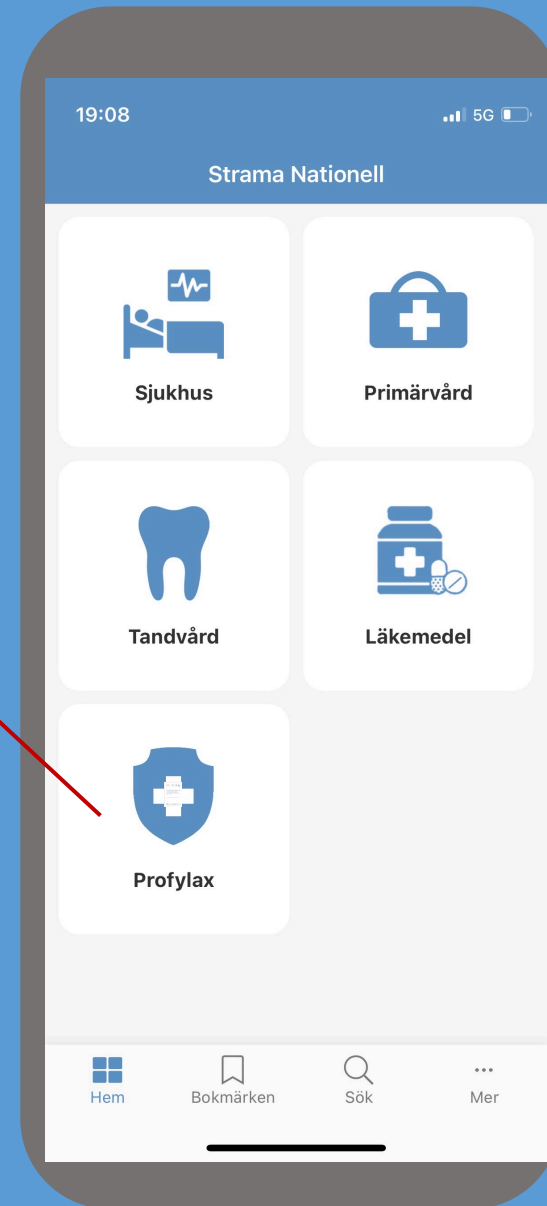
Antibiotikaproylax vid urologiska ingrepp – klinisk behandlingsrekommendation 2023. Remissversion utgiven av NAG Strama 20231003



- KAD
- Cystoskopi, diagnostisk
- Cystoskopi med manipulation
- Botox
- Urodynamik
- ESWL
- TUMT
- Prostatabiopsi - transrektal**
- Prostatabiopsi - transperineal
- Skrotal kirurgi
- Cirkumcision



- < Tillbaka Profylax
- Om rekommendationerna >
 - Bakgrundsinformation, urologi >
 - Riktlinjer vid urologiska ingrepp >**
 - Referenser >



Prostatabiopsi - transrektal

- *Urinodling rekommenderas vid KAD eller UVI<12mån*
- *Vid ingreppet skall rektal jodpovidon användas*

INGA RISKFAKTORER

Ciprofloxacin 750mgx1 po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare

eller

Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800mg po som engångsdos vid två tillfällen, den första ingreppet och den andra 8 timmar senare

RISKAFAKTORER FÖR INFEKTION

KAD, UVI senaste året, resa utanför Europa senaste halvåret, urinretention, samsjuklighet, CFS≥4, ASA≥3

Ciprofloxacin 750mgx1 po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare **och** cefotaxim 1gx1 iv / piperacillin/tazobaktam 4g iv eller gentamicin iv som engångsdos

eller

Fosfomycin 3gx1 po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 24 timmar senare **och** ciprofloxacin 750mg po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare

Vid riskfaktorer enligt ovan och samtidig bakteriuri ge engångsdos enligt odlings svar

ASYMTOMATISK BAKTERIURI

Perioperativ behandling

Riktad perioperativ behandling ges utifrån resistensmönstret vid urinodling. Eftersträva så smal behandling som möjligt med exempelvis pivmecillinam eller nitrofurantoin. Behandlingen bör påbörjas ca 3 d före ingreppet och pågå 7 d totalt.

Kompletterande profylax inför ingreppet

Ciprofloxacin 750mgx1 po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare

eller

Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800mg po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare

TID FEBRIL UVI EFTER SAMMA INGREPP

Ciprofloxacin 750 mg x 1 po som engångsdos vid två tillfällen, den första inför ingreppet och den andra 8 timmar senare

och

Cefotaxim 1g iv **eller** piperacillin/tazobaktam 4g iv **eller** gentamicin iv som engångsdos i samband med ingreppet

KOMMENTARER

- Intravenös profylax påbörjas 30-60 min före ingreppets start. Peroral profylax kan ges just före ingreppet, men effekten är sannolikt bättre om den administreras ca 1,5 h innan. Läs mer om [generella principer för antibiotikaprofylax](#).
- Läs mer om [riskvärdering inför ingrepp](#) och [bedömningsmallar för samsjuklighet och skörhet](#)
- Läs mer om [preoperativ urinodling och perioperativ behandling](#)
- Läs mer om [antibiotikabehandling vid allergi och andra risker vid antibiotikabehandling](#)

Referenser, obs remissversion



Sjukhus



Tandvård



Profylax

Back

Sjukhus

Om appen

Bukinfektioner

Tarminfektioner

CNS-infektioner

Endokardit

Gynekologiska i

Hud- och mjuko

Led- & skelettin



Hem



Bokmärken

Sök

Mer

Sjukhus CNS-infe

Bakteriell men

Hjärnabscess

Shuntinfektion

Neuroborrelios



Hem



Bokmärken

Tillbaka

Bakteriell meningit



Bakteriell meningit

Etiologi

ANTIBIOTIKABEHANDLING

OBS! Ge betametason 0,12 mg/kg x 4 iv (max 8 mg/dos). Första steroiddosen ges strax innan eller samtidigt med första antibiotikadosen

Cefotaxim 3gx4 iv **och** ampicillin 3gx4 iv

eller

Meropenem 2gx3 iv

Om immunosupprimerad patient välj meropenem för täckning av Pseudomonas.

ANTIBIOTIKABEHANDLING VID ALLVARLIG PC-ALLERGI

Välj i första hand behandling med meropenem 2gx3 iv, men läs först mer [utförligt resonemang om pc-allergi vid svåra infektioner](#)

ALTERNATIV VID BRISTSITUATIONER AV ANTIBIOTIKA

Se [länk](#) för aktuell information



Hem



Bokmärken



Sök



Mer

Tillbaka

Bakteriell meningit



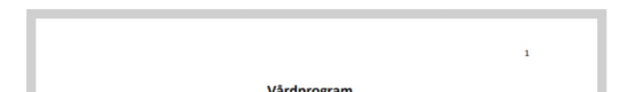
KOMMENTARER

- Blododla alltid före iv-terapi
- Utför LP snarast för diagnos om kontraindikationer ej föreligger, se [länk till kontraindikationer mot akut lumbalpunktion](#)
- Utför om möjligt tryckmätning före likvortappningen i samband med LP
- Följ i första hand lokala rutiner vid beställning av analyser av likvor. För översiktligt förslag se [länk till förslag på likvoranalyser](#).
- Patient med misstänkt bakteriell meningit bör få antibiotika inom 30 min oavsett om lumbalpunktion kunnat göras eller inte
- Efter vistelse (inom 6 månader) i område med hög förekomst av resistenta S. pneumoniae kontakta infektionsläkare för ställningstagande till kompletterande terapi
- Överväg kompletterande behandling för akut viral encefalitis med aciklovir 10–15 mg/kg x 3 iv

Total behandlingstid

7–21 dagar utifrån agens. Se tabell i [Svenska Infektionsläkarföreningens Vårdprogram för bakteriella CNS-infektioner, 2020](#).

Referenser



Vårdprogram

1



Hem



Bokmärken



Sök



Mer

Använd "uthoppen"

[Tillbaka](#) Bakteriell meningit

Bakteriell meningit

Etiologi

ANTIBIOTIKABEHANDLING

OBS! Ge betametason 0,12 mg/kg x 4 iv (max 8 mg/dos). Första steroiddosen ges strax innan eller samtidigt med första antibiotikadosen

Cefotaxim 3gx4 iv **och** ampicillin 3gx4 iv

eller

Meropenem 2gx3 iv

Om immunosupprimerad patient välj meropenem för täckning av Pseudomonas.

ANTIBIOTIKABEHANDLING VID ALLVARLIG PC-ALLERGI

Välj i första hand behandling med meropenem 2gx3 iv, men läs först mer **utförligt resonemang om pc-allergi vid svåra infektioner**

ALTERNATIV VID BRISTSITUATIONER AV ANTIBIOTIKA

Se [länk](#) för aktuell information

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) Antibiotikabehandlin...

Antibiotikabehandling av meningit vid allvarlig pc-allergi

Välj i första hand behandling med meropenem 2gx3. Risken för korsallergi mellan pc och meropenem är mycket låg. Vid allvarliga infektioner som meningit bedöms därför vinsterna med behandlingsalternativet meropenem överstiga riskerna vid de allra flesta fall av allergi (inkl flertalet typ 1 reaktioner) och rekommenderas därför.

När behandling med betalaktamantibiotika trots allt bedöms olämplig (t ex vid tidigare mycket allvarlig typ 1 reaktion som anafylaxi, tidigare svår hudreaktion som mucocutant syndrom eller toxisk epidermal nekrolys) rekommenderas:

moxifloxacin 400mgx1 alternativt levofloxacin 500mgx2
och
linezolid 600mgx2 alternativt vancomycin 15mg/kgx3 (OBS inled vancomycinbehandling med laddningsdos, 30mg/kg).

Referenser

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) Bakteriell meningit

KOMMENTARER

- Blododla alltid före iv-terapi
- Utför LP snarast för diagnos om **kontraindikationer ej föreligger, se [länk till kontraindikationer mot akut lumbalpunktion](#)**
- Utför om möjligt tryckmätning före likvortappningen i samband med LP
- Följ i första hand lokala rutiner vid beställning av analyser av likvor. För översiktligt förslag se [länk till förslag på likvoranalyser](#).
- Patient med misstänkt bakteriell meningit bör få antibiotika inom 30 min oavsett om lumbalpunktion kunnat göras eller inte
- Efter vistelse (inom 6 månader) i område med hög förekomst av resistent S. pneumoniae kontakta infektionsläkare för ställningstagande till kompletterande terapi
- Överväg kompletterande behandling för akut viral encephalit med aciklovir 10–15 mg/kg x 3 iv

Total behandlingstid

7–21 dagar utifrån agens. Se tabell i [Svenska Infektionsläkarföreningens Vårdprogram för bakteriella CNS-infektioner, 2020](#).

Referenser

Vårdprogram

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) Kontraindikationer m...

Kontraindikationer mot akut lumbalpunktion (LP) enligt Svenska infektionsläkarföreningens vårdprogram 2020

Absoluta kontraindikationer:

- Kliniska tecken till fokal expansiv intrakraniell process, såsom hjärnabscess: tydliga motoriska bortfallssymtom såsom hemipares och/eller lång (>4 dagar) anamnes med atypiska cerebrala symtom.
- Infektion på planerat stickställe.
- Kliniska tecken till pågående cerebral inklämning. (Tecken till cerebral inklämning: Medvetslös patient med sträckkramp eller reaktionslöshet. Ljustela pupiller, stigande blodtryck kombinerat med bradykardi och/eller oregelbunden andning kan även indikera begynnande inklämning.)

Relativa kontraindikationer:

- Koagulations/blödningsrubning: LP bör undvikas om PK-INR >1,6 eller vid TPK <30 x 10⁹ /l. Man behöver dock inte invänta svar på koagulationsanalyser innan LP utförs vid [certificerade akut lumbalpunktioner](#)

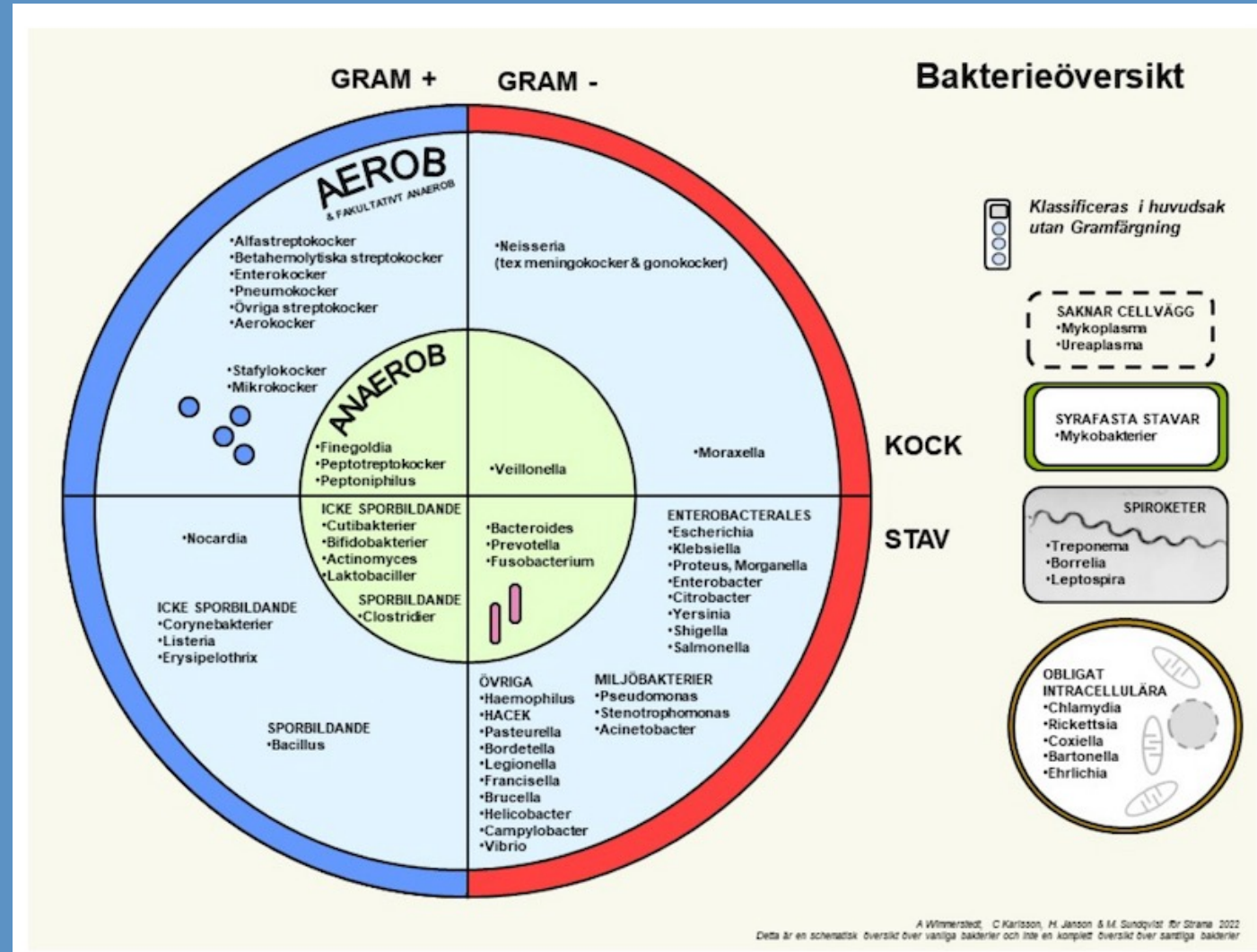
Hem Bokmärken Sök Mer



Bakterieöversikt – vid alla länkar ”etiologi”

< Tillbaka Etiologi

- Etiologi - generell peritonit (sambandsförvärd)
- Etiologi - appendicit
- Etiologi - akut pankreatit
- Etiologi - kolecystit/kolangit
- Etiologi - divertikulit
- Etiologi - perforationer i gastrointestinalkanalerna
- Etiologi - bakteriell meningit
- Etiologi - hjärnabscess
- Etiologi - neuroborrelios
- Etiologi - neurokirurgiska CNS-infektioner
- Etiologi - endokardit

Hem Bokmärken Sök Mer



[Tillbaka](#) Bakteriell meningit  

Bakteriell meningit

Etiologi

ANTIBIOTIKABEHANDLING

OBS! Ge betametason 0,12 mg/kg x 4 iv (max 8 mg/dos). Första steroiddosen ges strax innan eller samtidigt med första antibiotikadosen

Cefotaxim 3gx4 iv **och** ampicillin 3gx4 iv

eller

Meropenem 2gx3 iv





Om immunosupprimerad patient välj meropenem för täckning av Pseudomonas.

ANTIBIOTIKABEHANDLING VID ALLVARLIG PC-ALLERGI



Välj i första hand behandling med meropenem 2gx3 iv, men läs först mer [utförligt resonemang om pc-allergi vid svåra infektioner](#)

ALTERNATIV VID BRISTSITUATIONER AV ANTIBIOTIKA

Se [länk](#) för aktuell information

Hem Bokmärken Sök Mer







  **Nytt meddelande**
ulrika.snygg-martin@infect.gu.se

Till: appstramanationell@strama.se


Ämne: Strama Nationell Förbättringsförslag

Strama Nationell: Bakteriell meningit (11304)

Skickat från [Outlook för iOS](#)

Jag Det Hej

Q W E R T Y U I O P Å
A S D F G H J K L Ö Ä
↑ Z X C V B N M 

Strama
Samverkan mot antibiotikaresistens


 **STRAMA NATIONELL**
BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER I APP

 **REGNBÅGSBROSCHYREN**
BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER FÖR VANLIGA INFektionER I ÖPPENVÅRD

OM STRAMA 

Välkommen till Stramas webbplats

Strama – Samverkan mot antibiotikaresistens.
Patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens

 **Strama Nationell**

Sjukhus Primärvård Tandvård Läkemedel Profylax

Om rekommendationerna > Sjukhus > CNS-infektioner

Bakteriell meningit

Etiologi

ANTIBIOTIKABEHANDLING

OBS! Ge betametason 0,12 mg/kg x 4 iv (max 8 mg/dos). Första steroiddosen ges strax innan eller samtidigt med första antibiotikadosen

Cefotaxim 3gx4 iv **och** ampicillin 3gx4 iv

eller





Meropenem 2gx3 iv

Om immunosupprimerad patient välj meropenem för täckning av

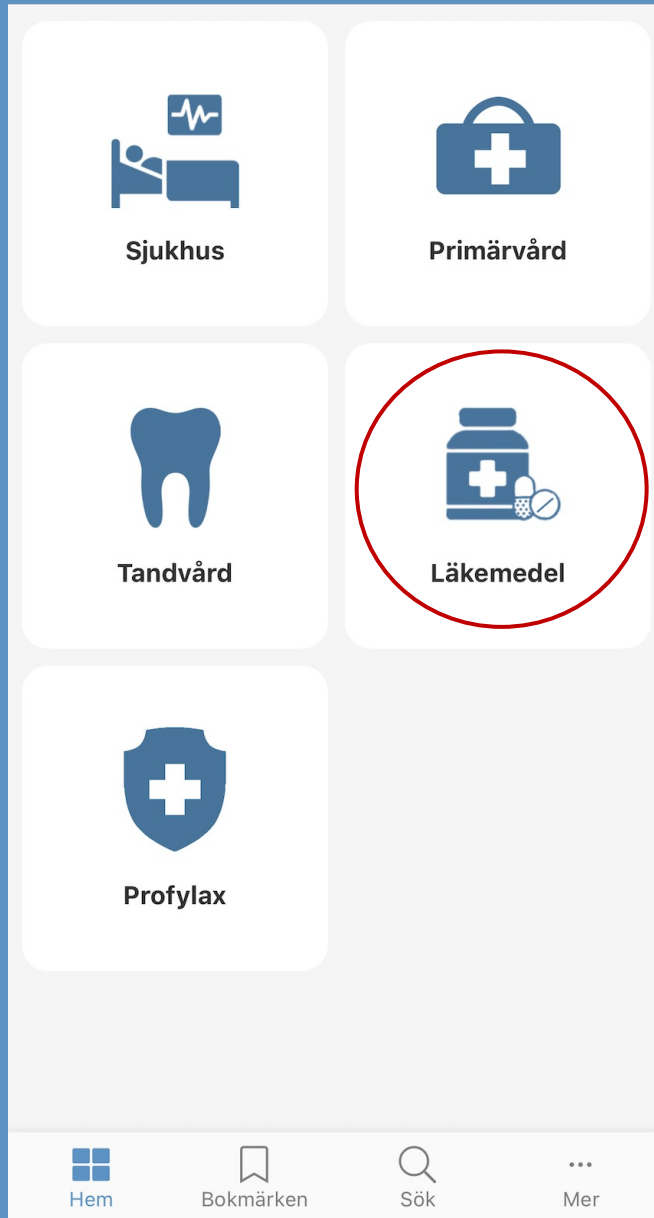
ANTIBIOTIKABEHANDLING VID ALLVARLIG PC-ALLERGI

Välj i första hand behandling med meropenem 2gx3 iv, men läs

ALTERNATIV VID BRISTSITUATIONER AV ANTIBIOTIKA
Senast ändrad: 2023-10-04

[llergi vid svåra infektioner](#)



- [Om rekommendationerna >](#)
- [Alternativ vid bristsituation av an... >](#)
- [Antibiotika - allergiska reaktioner >](#)
- [Antibiotika - mat och mediciner >](#)
- [Antibiotika vid graviditet och am... >](#)
- [PO-antibiotika vid nedsatt njurfu... >](#)
- [IV-antibiotika vid nedsatt njurfun... >](#)
- [Dosering vid kraftig övervikt >](#)
- [Dosering av aminoglykosider och ... >](#)
- [Dosering normal- och högdos >](#)
- [Referenser >](#)
- [Länkar >](#)

Individanpassad dosering!



Sjukhus



Primärvård



Tandvård



Läkemedel

Senast uppdaterad: 24 november 2022

Läkemedelsverket har fattat beslut som tillåter apotek att expediera recept på licensläkemedel innehållande ceftibuten eller cefixim när generell licens finns beviljad. Beslutet gäller till och med den 31 december 2024.

Villkoren om generell licens finns för att säkra att läkemedlet är av god kvalitet och för spårbarhet vid expeditionen.

Beslut



[Särskilt tillstånd att expediera recept om generell licens finns 2022–2023](#)



[Särskilt tillstånd ceftibuten och cefixim förlängning t.o.m. 31 december 2024](#)



Bristssituationer av anti... Bristssituation av an...

uationer av antibiotika, ssida



allt mer förekommande hand välja annan

antibiotika,

oxicillin-klavulansyra

vid

[Möjliga åtgärder vid](#)

id läkemedelsverket. I

ttas med start (Wincef) finns ar i huvudsak igsinfektion (UVI) så till icke-mot ciprofloxacin

med alternativa

ng

[Om restnotering](#)

edel

[Brist på ceftibuten vid vägsinfektion](#)

d brist på

ansyra



[Om rekommendationerna](#) >

[Alternativ vid bristsituation av an...](#) >

[Antibiotika - allergiska reaktioner](#) >

[Antibiotika - mat och mediciner](#) >

[Antibiotika vid graviditet och am...](#) >

[PO-antibiotika vid nedsatt njurfu...](#) >

[IV-antibiotika vid nedsatt njurfun...](#) >

[Dosering vid kraftig övervikt](#) >

[Dosering av aminoglykosider och ...](#) >

[Dosering normal- och högdos](#) >

[Referenser](#) >

[Länkar](#) >



På gång inför 2024

Antibiotika - allergiska reaktioner Antibiotikareaktioner

Tidigare reaktion på pc	Handläggning
Icke-klående utslag och/eller magbesvär	Utslag utan andra symtom är inte uttryck för IgE-förmedlad allergi och behandlingen behöver inte avbrytas. KAN behandlas med penicillinpreparat
Klående utslag, urtikaria eller ansikts-/ledsvullnad	Ska EJ behandlas med penicillinpreparat men KAN behandlas med andra betalaktamantibiotika (cefalosporiner, monobaktamer och karbapenemer)
Anafylaxi eller mukokutant syndrom	Ska EJ behandlas med betalaktamantibiotika*

*Vid livshotande infektioner görs en individuell bedömning i samråd med infektionsläkare och anestesilog, se även text i anslutning till rekommendationerna för svåra infektioner

Hem



Bokmärken



Sök

Mer

Clinical Microbiology and Infection xxx (xxxx) xxx



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com



Guidelines

The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) guideline for the approach to suspected antibiotic allergy

Roos Wijnakker^{1,15,*}, Maurits S. van Maaren², Lonneke G.M. Bode³, Maja Bulatovic⁴, Bart J.C. Hendriks⁵, Masja C.M. Loogman⁶, Suzanne P.M. Lutgens⁷, Ananja Middel⁸, Chris M.G. Nieuwhof⁹, Eveline E. Roelofsen¹⁰, Jan W. Schoones¹¹, Kim C.E. Sigaloff¹², Aline B. Sprickelman¹³, Lieke M.M. de Vrankrijker¹⁴, Mark G.J. de Boer¹⁵

¹ Department of Internal Medicine, Tergooi Medical Center, Hilversum and Department of Infectious Diseases, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

² Section Allergy, Department of Internal Medicine, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

³ Department of Medical Microbiology and Infectious Diseases, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

⁴ Department of Rheumatology and Clinical Immunology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

⁵ Department of Clinical Pharmacy and Toxicology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

⁶ Dutch College of General Practitioners, the Netherlands

⁷ Department of Medical Microbiology, Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, the Netherlands

⁸ Department of Internal Medicine, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

⁹ Department of Internal Medicine and Allergy, Maastricht University Medical Center, Maastricht, the Netherlands

¹⁰ Department of Clinical Pharmacy, Medical Center Haaglanden, The Hague, the Netherlands

¹¹ Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

¹² Department of Infectious Diseases, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

¹³ Department of Pediatric Pulmonology and Allergy, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

¹⁴ Section Infectious Diseases, Department of Pediatric Infectious Diseases, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

¹⁵ Department of Infectious Diseases and Department of Clinical Epidemiology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

ARTICLE INFO

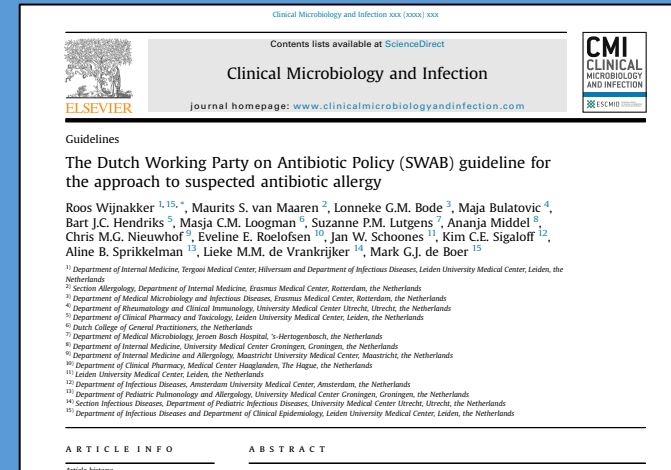
ABSTRACT

Article history:

Objective: Prudent handling of reported antibiotic allergies is an important aspect of antibiotic stewardship.

Bakgrund

- SWAB - Nederländska specialistföreningarna för
 - Infektion
 - Mikrobiologi
 - Sjukhusfarmakologi
- 12 PICO questions
- Systematisk litteratursökning
- Evidensvärdering enl GRADE



Remove label if one of following applies:
 Culprit drug^b was used since IR^c and tolerated
 Label based on family history or fear alone
 Symptoms not compatible: GI complaints, palpitations, blurred vision
 No temporal association between exposure and onset symptoms
 The IR was non severe and occurred in remote^d childhood, or cannot be recollected

Recommendation 4 & 5, Ch 2

Antibiotic allergy label^a

Perform antibiotic allergy history: **table 1**

Potential/suspected allergy

Penicillin, i.e. flucloxacillin etc.

Cephalosporin, i.e. cefazoline, cefuroxime, ceftriaxone etc.

Carbapenem, i.e. meropenem or monobactam

Non-beta-lactam, i.e. ciprofloxacin, clarithromycin

Can the patient receive the culprit drug?

Figure 1 Recommendation 6-11, Ch 3

Can the patient receive a different penicillin?

Figure 1 Recommendation 12-16, Ch 4

Can the patient receive cephalosporins?

Figure 1 Recommendation 17-23, Ch 4

Can the patient receive carbapenems or monobactams?

Figure 1 Recommendation 24-26, Ch 4

Can the patient receive the culprit drug?

Recommendation 6-11, Ch 3

Can the patient receive penicillins?

Recommendation 27-34, Ch 5

Can the patient receive different cephalosporins?

Recommendation 35-41, Ch 5

Can the patient receive carbapenems or monobactams?

Recommendation 42-49, Ch 5

Can the patient receive the culprit drug?

Recommendation 6-11, Ch 3

Can the patient receive penicillins?

Recommendation 50-53, Ch 5

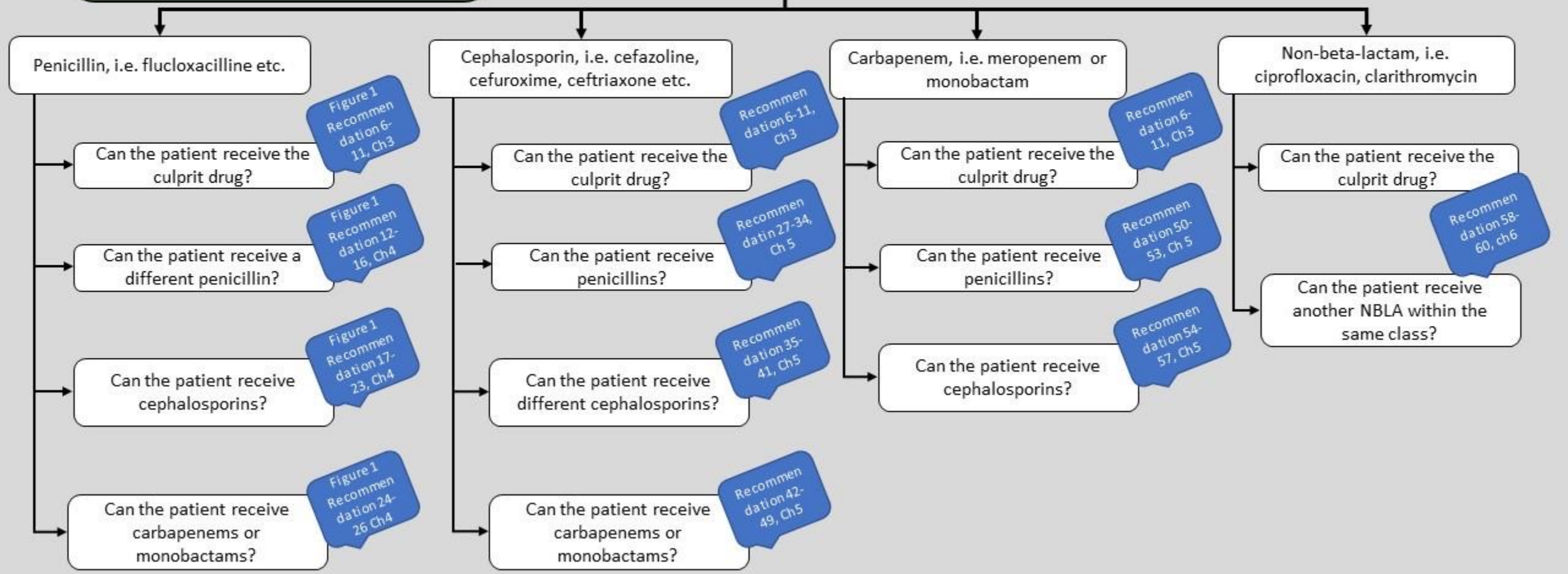
Can the patient receive cephalosporins?

Recommendation 54-57, Ch 5

Can the patient receive the culprit drug?

Recommendation 58-60, ch 6

Can the patient receive another NBLA within the same class?



6-Lactam Antibiotic	Amoxicillin	Penicillin G	Penicillin V	Flucloxacillin	Feneticillin	Piperacillin	Cephalexin	Cefazolin	Cefalothin	Cefuroxime	Cefaclor	Cefamandole	Ceftibuten	Ceftriaxone	Cefotaxime	Ceftazidime	Cefepime	Cefiderocol	Ceftaroline	Ceftolozane	Meropenem	Imipenem	Ertapenem	Aztreonam
Amoxicillin	Black	Grey	Grey	Grey	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Penicillin G	Black	Black	Grey	Grey	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Penicillin V	Black	Black	Black	Grey	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Flucloxacillin	Grey	Grey	Grey	Black	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Feneticillin	Grey	Grey	Grey	Black	Black	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Piperacillin	Grey	Grey	Grey	Grey	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black	Black
Cephalexin	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefazolin	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefalothin	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefuroxime	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefaclor	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefamandole	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ceftibuten	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ceftriaxone	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefotaxime	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ceftazidime	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefepime	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Cefiderocol	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ceftaroline	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ceftolozane	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Meropenem	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Imipenem	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Ertapenem	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Aztreonam	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow

Black	Cross-tabulation was similar
Grey	Allergy possible based on the formation of PPL
Red	Potential cross-allergy based on an identical R1 side chain
Yellow	Potential cross-allergy based on similarity in R1 or R2 side chains or clinical studies
✓	No risk of a cross-allergic reaction

PPL, polyvalent penicilloyl polylysine (a major penicillin determinant)

Rekommendationer

- We recommend that patients with a suspected **immediate-type allergy** to penicillins can **receive cephalosporins**, but only those with **dissimilar side chains**, irrespective of severity and time since the index reaction
- We recommend that patients with suspected **immediate-type penicillin allergy**, irrespective of severity or time since the index reaction, can receive **any monobactam or carbapenem**, without prior allergy testing

Rekommendationer

- We recommend that in patients with **suspected severe delayed type allergy to penicillins, all beta-lactam antibiotics should be avoided, irrespective of time since the index reaction**. In the absence of acceptable alternative antimicrobial treatment, the use of β -lactam antibiotics should be discussed in a multidisciplinary team

Table 1

Definitions of the severity of an allergic reaction

Definitions used in this guideline	By symptoms of a reaction; World allergy organization and the European academy of allergy and clinical immunology criteria	OR
Severe	<p>1. Acute onset of an illness (minutes to several hours) with simultaneous involvement of the skin, mucosal tissue, or both (e.g. generalized hives, pruritus or flushing, swollen lips-tongue-uvula) AND at least one of the following:</p> <p>a. Respiratory compromise (e.g. dyspnoea, wheeze-bronchospasm, decreased peak expiratory flow, hypoxaemia)</p> <p>b. Reduced blood pressure or associated symptoms of end organ dysfunction (hypotonia (collapse), syncope, incontinence)</p> <p>c. Severe gastrointestinal symptoms (e.g. severe crampy abdominal pain, vomiting), OR</p> <p>2. Acute onset of hypotension or bronchospasm or laryngeal obstruction to a known or highly probable allergen for that patient (minutes to hours) in the absence of typical skin involvement. OR</p> <p>3. Danger signs for severe cutaneous adverse reactions:</p> <p>a. Tiny vesicles or crusts, the grey-violaceous or dusky coloration of the skin, burning skin and/or mucosa in addition to fever and malaise, and mucous membranes, and skin detachment (Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis)</p> <p>b. Exanthema with pustules (acute generalized exanthematous pustulosis)</p> <p>c. Purpura (vasculitis)</p> <p>d. Macules/papules together with non-cutaneous organ involvement (e.g. eosinophilic count, more than 50% of the body surface area, deviating laboratory tests, liver and kidney parameters)(drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms).</p> <p>e. Facial oedema, oedematous, and infiltrated skin inflammation. Acute fever of 38.5 °C and higher. (acute generalized exanthematous pustulosis/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)</p> <p><i>Note: if maculopapular exanthema meets the symptom or CIOMS criteria for a severe reaction, it should be considered as such.</i></p>	
Non-severe	<p>1. Symptom(s)/sign(s) from 1 organ system present:</p> <p>a. Cutaneous: urticaria, erythema-warmth, pruritus, tingling, and itching of the lips.</p> <p>b. Upper respiratory: Nasal symptoms (e.g. sneezing, rhinorrhoea, nasal pruritus, and/or nasal congestion), Throat-clearing (itchy throat), Cough not related to bronchospasm.</p> <p>c. Conjunctival: erythema, pruritus, or tearing. OR</p> <p>2. Maculopapular exanthema without organ involvement. OR</p> <p>3. Other: nausea, metallic taste</p>	

Tidigare reaktion på pc	Handläggning innan allergiutredning är utförd
Icke-klående utslag och/eller magbesvär	Utslag utan andra symtom är inte uttryck för IgE-förmedlad allergi och behandlingen behöver inte avbrytas. KAN behandlas med penicillinpreparat och övriga betalaktamer. Varningsmärkning kan tas bort.
Klående utslag, urtikaria, ansikts-/ledsvullnad eller anafylaxi	Ska EJ behandlas med penicillinpreparat men KAN behandlas med andra betalaktamantibiotika med annan sidokedja (monobaktamer, karbapenemer och cefalosporiner förutom möjligen cefadroxil)
Svår fördröjd överkänslighetsreaktion (t.ex. Steven Johnson/toxisk epidermal nekrolys)	Ska EJ behandlas med betalaktamantibiotika*

Antibiotika vid graviditet

Uppdateras januari 2024 prel

[Tillbaka](#) Antibiotika vid gravi...

- Antibiotika vid graviditet
- 1:a trimestern
- 2:a trimestern
- 3:e trimestern

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) 1:a trimestern

1:a trimestern

Antibiotika ok under 1:a trim

- Aminoglykosider
- Cefalosporiner
- Daptomycin
- Fusidinsyra
- Fosfomycin
- Karbapenemer
- Klindamycin
- Kolistin
- Linezolid
- Makrolider
- Metronidazol
- Nitrofurantoin
- Penicilliner
- Teikoplanin Ja¹⁰
- Tetracykliner Ja
- Tigecyklin Nej
- Tinidazol Nej
- Trimetoprim Nej
- Trimetoprim-sulfametoxazol Nej
- Vankomycin. po/iv Ja

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) 2:a trimestern

2:a trimestern

Teikoplanin	Ja ¹⁰
Tetracykliner	Nej
Tigecyklin	Nej
Tinidazol	Nej
Trimetoprim	Ja
Trimetoprim-sulfametoxazol	Ja
Vankomycin. po/iv	Ja

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) 3:e trimestern

3:e trimestern

Teikoplanin	Ja ¹⁰
Tetracykliner	Nej
Tigecyklin	Nej
Tinidazol	Nej
Trimetoprim	Ja
Trimetoprim-sulfametoxazol	Nej ¹¹
Vankomycin. po/iv	Ja

Hem Bokmärken Sök Mer

Antibiotika till gravida och ammande

BEHANDLINGSREKOMMENDATION | SEPTEMBER 2023

Dosering vid nedsatt njurfunktion både iv & po

[Tillbaka](#) IV-antibiotika vid ne...

- GFR >80mL/min
- GFR 41-80mL/min
- GFR 20-40 mL/min
- GFR <20 mL/min utan dialys**
- Dialys

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) GFR 20-40 mL/min

GFR 20-40 mL/min

Vid allvarliga infektioner behövs ofta högre doser initialt. Kontakta infektionskonsult vid behov.

Normaldosering GFR 20-40 mL/min	
Amikacin*	5 - 10 mg/kg
Ampicillin	2 g x 3
Bensylpenicillin	1 - 3 g x 3
Cefotaxim	1 g x 3
Ceftazidim**	0,5 g x 3
Ceftazidim vid neutropeni**	0,5 g x 3
Cefuroxim	1,5 g x 3
Ciprofloxacin	400 mg x 1
Gentamicin***	1 - 2,2 mg/kg
Imipenem	1 g x 3
Kloxacillin	2 g x 3
Levofloxacin	0,25 g x 1
Meropenem	1 g x 3
Piperacillin/tazobaktam	4 g x 3
Trimetoprim-sulfametoxazol	80/400 mg x 2
Tobramycin***	1 - 2,2 mg/kg
Vankomycin****	1 g x 1

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) PO-antibiotika vid n...

- GFR >80 mL/min
- GFR 41-80 mL/min
- GFR 20-40 mL/min**
- GFR <20 mL/min
- Dialys

Hem Bokmärken Sök Mer

[Tillbaka](#) GFR 20-40 mL/min

GFR 20-40 mL/min

Normaldosering GFR 20-40 mL/min	
Amoxicillin	500 mg x 3
Amoxicillin-klavulansyra	500/125 mg x 3
Cefadroxil	500 mg x 2
Ceftibuten	200 mg x 1
Ciprofloxacin	500 mg x 1
Fenoximetylpenicillin	1 g x 3
Flukloxacillin	1 g x 3
Nitrofurantoin	Använd ej (1)
Trimetoprim	160 mg x 2
Trimetoprim-sulfa	80/400 mg x 2

Doxycyklin, erytromycin, metronidazol och klindamycin kan doseras i normaldos oberoende av njurfunktion.

Pivmecillinam kan doseras oberoende av njurfunktion vid enstaka behandlingskur.

1. En kort kur (upp till 7 dagar) kan användas med försiktighet till utvalda patienter med GFR 30-40 ml/min för behandling av nedre uvi där nytan bedöms överväga risken för biverkningar, men vid njurfunktion < 30 ml/min är utsöndringen i urin så låg att den antibakteriella effekten uteblir.

Referenser

Hem Bokmärken Sök Mer

Vad händer med arbetet i appen?



Fortsatt förvaltning och uppdatering

Del om profylax : urologisk profylax först ut

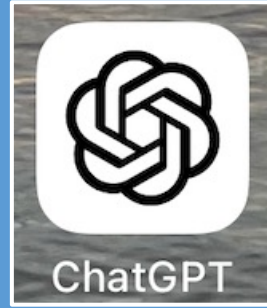


Del om behandling av infektioner för barn i slutenvård - arbete pågår

Fler användare av appen, hur?



Framtiden?



UL

You

Hur ska en 62-årig kvinna med misstänkt



ChatGPT

Searching "Stramaappen k

Visiting strama.se

Visiting lakemedelsverket

Searching "Strama behar

Visiting infektion.net

Visiting praktiskmedicin.se

Visiting kry.se

It's important to consider that these recommendations may vary and consulting the Strama app or a medical professional is advised for the most accurate and current treatment guidelines, especially considering the patient's specific condition and needs.



ChatGPT

I was unable to find the specific treatment guidelines for a 62-year-old woman with suspected pneumonia according to the Strama application. However, general treatment recommendations for pneumonia in older adults from another Swedish medical source suggest:

First choice is Penicillin V (PcV) 1g x 3 for 7 days.

If there's suspicion of pneumococci with reduced sensitivity (due to foreign travel), Amoxicillin 1g x 3 should be given.

In case of suspicion of Haemophilus influenzae, e.g., in COPD, Amoxicillin 500-750 mg x 3 is recommended.

For suspected atypical genesis or allergy to PcV, Erythromycin 500 mg – 1 g x 2 or Doxycycline 200 mg x 1 for 3 days followed by 100 mg x 1 can be given [1].



Tack!

