

Skift til oral behandling forudsætter fortsat indikation for antibiotisk behandling og bør vurderes senest **48 timer** efter start af antibiotikum og herefter min. **hver 3. dag**. Dette **dokumenteres** i journalen.

### Skift til oral behandling kan ske, når patienten er:

1. I klinisk bedring\*
2. Kan indtage oral medicin
3. Kan forventes at have tilstrækkelig absorption.

\* **Klinisk bedring:** Afebril og begyndende normalisering af påvirket organfunktion. Udvikling i CRP anvendes ikke som indikator – den kan være forsinket med flere døgn.

Samlet behandlingsvarighed (parenteral og oral) følger retningslinje for den specifikke sygdom.

**Ved alvorlige fokale eller systemiske infektioner:** Vær opmærksom på forslag til oral behandling og behandlingens længde i gældende PRI instrukser.

Mikrobiologisk svar (resistensprofil) benyttes til valg af målrettet antibiotisk terapi.

Antibiotika dosering korrigeres ved påvirket nyre-/leverfunktion, overvægt se PRI:

[Standarddosering af antibiotika til voksne og dosisjusteringer](#)

De opdaterede anbefalinger for skift til oral behandling på empirisk grundlag er tilgængelig i PRI og MyMedCard:

[Antibiotikaguide – Anbefalet initial behandling af udvalgte samfundserhvervede infektioner hos immunkompetente voksne](#)

Spørgsmål vedr. antibiotikabehandling kan rettes til  
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling.



## Antibiotika: Skift til oral behandling på empirisk grundlag

Udarbejdet af Specialistgruppen for infektioner  
Region Nordjylland  
Oktober 2020



REGION NORDJYLLAND  
– i gode hænder

## Forslag til empirisk skift fra parenterale til orale antibiotika afhængig af infektionsfokus

Parenteral indgift (IV)	Fokus	Oral indgift	Penicillinallergi
<b>Benzylpenicilin</b>	Luftveje	Phenoxyethylpenicilin 1 mill IE (0,6g) x4	Roxithromycin 150mg x2/300mg x1
	Hud/bløddele	Phenoxyethylpenicilin 1 mill IE (0,6g) x4	
<b>Ampicilin</b>	Urinveje	Pivmecillinam 400mg x 3	<b>Ukompliceret UVI:</b> Trimethoprim 200mg x2
			<b>Kompliceret UVI:</b> Nitrofurantoin 100mg x4
			<b>Urosepsis eller pyelonefrit eller GFR&lt;45mL/min:</b> Ciprofloxacin 500mg x2 Hvis GFR<30mL/min: Ciprofloxacin 500mg x1
	Andet fokus	Amoxicillin 750mg x3	Afhængig af fokus
<b>Cloxacilin</b>	Infektion af methicillin følsomme staphylococcus	Dicloxacilin/ flucloxacilin (ved intolerance til dicloxacilin OR) 1g x4	Afhængig af fokus
			<b>Ukompliceret UVI:</b> Trimethoprim 200mg x2
<b>Mecillinam</b>	Urinveje	Pivmecillinam 400mg x3	<b>Kompliceret UVI:</b> Nitrofurantoin 100mg x4
			<b>Urosepsis eller pyelonefrit eller GFR&lt;45mL/min:</b> Ciprofloxacin 500mg x2 Hvis GFR<30mL/min: Ciprofloxacin 500mg x1
<b>Piperacillin med tazobactam</b>	Luftveje	Amoxicillin med clavulansyre 500/125mg x3	Roxithromycin **** 150mg x2/300mg x1
	Urinveje	Pivmecillinam 400mg x3	<b>Ukompliceret UVI:</b> Trimethoprim 200mg x2
			<b>Kompliceret UVI:</b> Nitrofurantoin 100mg x4
			<b>Urosepsis eller pyelonefrit eller GFR&lt;45mL/min:</b> Ciprofloxacin 500mg x2 Hvis GFR<30mL/min: Ciprofloxacin 500mg x1
<b>Amoxicillin med clavulansyre***</b>	Hud/bløddele	Phenoxyethylpenicilin 1 mill IE (0,6 g) x4	Roxithromycin 150mg x2/300mg x1
			Ved klinisk bedring stoppes antibiotisk behandling
			Roxithromycin **** 150mg x2/300mg x1
<b>Cefalosporiner*:</b> Cefuroxim, Cefotaxim, Ceftriaxon	Urinveje	Pivmecillinam 400mg x3	<b>Ukompliceret UVI:</b> Trimethoprim 200mg x2
			<b>Kompliceret UVI:</b> Nitrofurantoin 100mg x4
			<b>Urosepsis eller pyelonefrit eller GFR&lt;45mL/min:</b> Ciprofloxacin 500mg x2 Hvis GFR<30mL/min: Ciprofloxacin 500mg x1
<b>Clarithromycin</b>	Hud/bløddele	Phenoxyethylpenicilin 1. mill IE (0,6 g) x4	Roxithromycin **** 150mg x2/300mg x1
			Ved klinisk bedring stoppes antibiotisk behandling
			Roxithromycin **** 150mg x2/300mg x1
<b>Ciprofloxacin**</b>	OBS indikation	Ciprofloxacin 500mg x2	
<b>Moxifloxacin**</b>	OBS indikation	Moxifloxacin 400mg x1	
<b>Metronidazol**</b>	af <i>C.difficile</i> .	Metronidazol 500mg x2/500mg x3 ved behandling	

\* Perorale cefalosporiner bør generelt ikke bruges: cefalexin (Keflex®) er smalspektrret og cefuroxim axetil (Zinnat®) absorberes dårligt.

\*\* Præparater med særlig god absorption, anvendes frem for IV præparat, hvis patienten kan indtage tabletter.

\*\*\* Tilrådespræparat kun godkendt til behandling af KOL med eksacerbation. Bemærk standarddosis ved parenteral behandling er 1000mg/200mg x3.

\*\*\*\* Ved KOL med eksacerbation kan bredere dække være indiceret se PRI  
- Kronisk obstruktiv lungesygdom KOL med akut forværring (Dok: id 10806)