

**Scheda di prescrizione cartacea per le specialità medicinali DALBAVANCINA®****(Xydalba – Registered) ORITAVANCINA® (Tenkasf – Registered)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dello specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CID) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n.52/1985).

Azienda Sanitaria : _____	
Presidio Ospedaliero : _____	
Unità Operativa Richiedente : _____	Data : _____
Paziente (nome, cognome) : _____	Data di nascita : _____
Codice Fiscale : _____	Sesso : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ASL di Residenza : _____	Provincia : _____ Regione : _____

**Indicazione autorizzata** : trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti.

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità**

**Indicazione rimborsata SSN** : trattamento di infezioni complicate della cute o dei tessuti molli con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili, limitatamente alle seguenti condizioni :

- prima linea, in pazienti inizialmente trattati in ambiente ospedaliero, in caso di necessità/possibilità di successiva gestione a domicilio
- seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di proseguire la gestione in ambiente ospedaliero

Diagnosi	Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti con eziologia dimostrata / sospetta da batteri Gram positivi sensibili. <input type="checkbox"/> Sospetta (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Dimostrata (allegare antibiogramma)
Specificare obbligatoriamente se :	<input type="checkbox"/> prima linea, in pazienti inizialmente trattati in ambiente ospedaliero, in caso di necessità / possibilità di successiva gestione del paziente a domicilio <input type="checkbox"/> seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di seguire in ambiente ospedaliero
La prescrizione di Dalbavancina e Oritavancina deve essere effettuata in accordo con i rispettivi Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)	

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Principio attivo	Farmaco	Specialità	Dosaggio
<input type="checkbox"/>	Dalbavancina	Xydalba	500 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1500 mg
<b>OPPURE</b>				
<input type="checkbox"/>	Dalbavancina	Xydalba	500 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1000 mg
				<input type="checkbox"/> Giorno 8: 500 mg
<input type="checkbox"/>	Oritavancina	Tenkasi	400 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1200 mg
Per i dosaggi e le modalità di somministrazione si vedano i corrispondenti RCP				

Dose raccomandata e durata del trattamento per gli adulti : la dose raccomandata per la Dalbavancina è 1500 mg somministrati come singola infusione da 1500 mg oppure 1000 mg seguiti, una settimana dopo, da 500 mg (vedere paragrafi 5.1 e 5.2). Esistono dati limitati sulla sicurezza e sull'efficacia della Dalbavancina somministrata per più di due dosi (a distanza di una settimana).

Nome e cognome del Medico\* : \_\_\_\_\_

Recapiti del Medico\* : \_\_\_\_\_

*\* La prescrivibilità è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologico od hoc identificato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).*

Infettivologo

Infettivologo consulente

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

#### RISERVATO ALLA FARMACIA

Confezione : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

Farmacista : \_\_\_\_\_