

**SCHEDA CARTACEA AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
DALBAVANCINA (Xydalba®) E ORITAVANCINA (Tenkasi®)**

**NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI BATTERICHE ACUTE DELLA CUTE E DELLA STRUTTURA
CUTANEA (ABSSSI)**

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 (CIO) istituito per legge presso tutti i presidi ospedalieri (Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985).

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ peso (Kg) _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata:

Trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti.

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

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Diagnosi:	Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili
	Sospetta <input type="checkbox"/> Dimostrata <input type="checkbox"/>
Specificare 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 proseguire la gestione 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

	P.A.	Farmaco	Specialità	Dosaggio
<input type="checkbox"/>	Dalbavancina	Xydalba	500 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1500 mg
			OPPURE	
			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
<i>Per i dosaggi e le modalità di somministrazione si vedano i corrispondenti RCP</i>				

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
