

**Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale SIVEXTRO®**

Indicazioni terapeutiche: Trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti. Occorre prendere in considerazione le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

Per ABSSSI sono da intendersi le infezioni complicate della cute e dei tessuti sottocutanei. La rimborsabilità è limitata alle sole infezioni complicate della cute e dei tessuti molli quando si sospetta o si ha la certezza che l'infezione sia causata da batteri Gram-positivi sensibili.

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

Diagnosi: Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti sostenuta da batteri Gram-positivi sensibili.

- Sospetta (specificare _____)
- Certa (allegare antibiogramma)

Specificare obbligatoriamente se:

- inizio terapia
- prosecuzione terapia
- 2-3 linea di trattamento (trattamento precedente: _____)

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Durata prevista
<input type="checkbox"/>	Sivextro	200 mg polvere per concentrato per infusione	
<input type="checkbox"/>	Sivextro	200 mg compresse	

Dose raccomandata e durata del trattamento per gli adulti: la dose raccomandata è 200mg al giorno per 6 giorni. La sicurezza e l'efficacia di tedizolid fosfato quando somministrato per periodi superiori a 6 giorni non sono stati stabiliti.

- infettivologo
- infettivologo consulente
- altro (specificare) _____

Nome e cognome del Medico*: _____

Recapiti del Medico*: _____

** La prescrivibilità è riservata allo 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).*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE