

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

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	Dosaggio
<input type="checkbox"/>	Xydalba	500 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1500 mg



OPPURE			
<input type="checkbox"/>	Xydalba	500 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> Giorno 1: 1000 mg
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Giorno 8: 500 mg

Dose raccomandata e durata del trattamento per gli adulti: la dose raccomandata per la dalbavancina è 1.500 mg somministrati come singola infusione da 1.500 mg oppure 1.000 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).

- 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