



## Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale ZINPLAVA®

**Indicazioni terapeutiche:** ZINPLAVA è indicato per la prevenzione della recidiva dell'infezione da *Clostridium difficile* (CDI) negli adulti ad alto rischio di recidiva di CDI.

Azienda Sanitaria: _____	Unità Operativa _____
Richiedente: _____	Data: ____/____/____

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

La rimborsabilità è limitata ai pazienti con diagnosi microbiologica di recidiva, definita come un periodo di benessere a distanza di almeno 8 settimane tra i singoli episodi, di CDI/CDAD (NAAT o GDH positivo e tossina A/B positiva) già in trattamento con terapia antibiotica (specificare \_\_\_\_\_), in presenza di almeno 1 tra le seguenti condizioni:

- soggetti di età >65 anni
- forma severa di CDI (Zar-score  $\geq 2$ )
- soggetti immunocompromessi

## PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Dosaggio	Peso paziente
<input type="checkbox"/>	Zinplava	40mL, 25mg/mL concentrato per soluzione per infusione	10 mg/kg	_____ kg

ZINPLAVA deve essere somministrato durante il ciclo di terapia antibatterica per CDI, in una singola infusione endovenosa nell'arco di 60 minuti. L'esperienza sulla somministrazione di ZINPLAVA nei pazienti è limitata ad un singolo episodio da CDI e ad una singola somministrazione.

- 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**