



Allegato A al Decreto n. 173 del 14 dicembre 2023

SCHEDA CARTACEA PER LA PRESCRIZIONE DI DELAFLOXACINA (QUOFENIX®)

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, di 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).

Form fields for Azienda Sanitaria, Presidio Ospedaliero, Unità Operativa Richiedente, Data, Paziente (nome, cognome), Data di nascita, Codice Fiscale, Sesso, ASL di Residenza, Provincia, Regione.

Indicazione autorizzata: Trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e dei tessuti molli (ABSSSI) negli adulti quando si considera inappropriato l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Indicazione rimborsata SSN: Trattamento delle infezioni ABSSSI gravi ospedalizzate al momento dell'inizio della terapia, con identificazione batterica al basale (trattamento mirato), esclusivamente nei casi in cui sia considerato inappropriato l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni, in particolare per ragioni legate a resistenza, sicurezza, allergia o metodo di somministrazione.

Form fields for Diagnosi, Specificare se l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni è considerato inappropriato, and a table for Farmaci usualmente raccomandati and causa inappropriata uso.

altro, specificare: \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

	Principio attivo	Farmaco	Specialità	Dosaggio
<input type="checkbox"/>	Delafloxacin	Quofenix	300 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione	<input type="checkbox"/> 300 mg di delafloxacin ogni 12 ore somministrati in 60 minuti mediante infusione endovenosa
<b>OPPURE</b>				
<input type="checkbox"/>	Delafloxacin	Quofenix	450 mg per via orale ogni 12 ore	<input type="checkbox"/> 450 mg per via orale ogni 12 ore per una durata totale compresa tra 5 e 14 giorni
<p><i>Per i dosaggi e le modalità di somministrazione si vedano i corrispondenti RCP</i></p> <p><i>Formulazione endovenosa</i></p> <p><i>La dose raccomandata è di 300 mg di delafloxacin ogni 12 ore somministrati in 60 minuti mediante infusione endovenosa. Il passaggio a delafloxacin 450 mg compresse per via orale ogni 12 ore è possibile a discrezione del medico. La durata totale del trattamento è compresa tra 5 e 14 giorni per le ABSSSI.</i></p> <p><i>Formulazione in compresse</i></p> <p><i>Il regime raccomandato di delafloxacin è di 450 mg per via orale ogni 12 ore per una durata totale compresa tra 5 e 14 giorni, a discrezione del medico. Le compresse di delafloxacin possono essere assunte con o senza cibo.</i></p>				

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).*

- infettivologo  
 infettivologo consulente  
 altro ( specificare ) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE**