

**Allegato A al Decreto n. 074 del 24 MAG. 2022** pag. 1/2**Scheda di prescrizione cartacea per le specialità medicinali DALBAVANCINA (Xydalba - Registered) e ORITAVANCINA (Tenkasi - Registered)**

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).

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

Indicazione autorizzata: trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

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

Diagnosi:	infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili.
	<input type="checkbox"/> Sospetta (specificare _____)
	<input type="checkbox"/> Dimostrata (allegare antibiogramma)
Specificare obbligatoriamente 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 di Prodotto (RCP).	

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Principio attivo	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				
<input type="checkbox"/>	Dalbavancina	Xydalba	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>				

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).

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