



**Scheda cartacea per la prescrizione di DALBAVANCINA (Xydalba®) e ORITAVANCINA (Tenkasi®) 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, 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).

<b>Centro Prescrittore</b>	ISTITUTO AMEDEO D'AOSTA		
<b>Medico Prescrittore (*)</b>			
<b>Telefono (*)</b>		<b>e-mail</b>	

<b>Codice fiscale</b>	NTNFNC67T02A662X	<b>Cognome nome</b>	ANTONACCI FRANCESCO
<b>Data nascita</b>	02/12/1967	<b>Sesso</b>	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
<b>Asl Residenza</b>	160114	<b>Residenza</b>	STRADA VICINALE DONNA LISA,4

**Indicazione autorizzata:**

Trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti.

**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

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità**

<b>Diagnosi:</b>	<b>Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili</b>
	<input type="radio"/> Sospetta <input checked="" type="radio"/> Dimostrata
<b>Specificare se:</b>	
	<input type="radio"/> prima linea, in pazienti inizialmente trattati in ambiente ospedaliero, in caso di necessità/possibilità di successiva gestione del paziente a domicilio
	<input type="radio"/> seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di proseguire la gestione in ambiente ospedaliero
La prescrizione di dalbavanicina e oritavancina deve essere effettuata in accordo con i rispettivi Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).	

<b>PROGRAMMA TERAPEUTICO</b>			
<b>Farmaco</b>	043908019 XYDALBA*500MG IV 1 FL		
<b>Dosaggio</b>	Giorno1: 1500 mg		
Per i dosaggi e le modalità di somministrazione si vedano i corrispondenti RCP			
<b>Data Emissione</b>	21/06/2022	<b>Data Termine</b>	21/07/2022