



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750064897

**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).

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore (*)	<input type="text"/>		
Telefono (*)	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>

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

Diagnosi:	Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili
	<input type="radio"/> Sospetta <input checked="" type="radio"/> Dimostrata
Specificare se:	
<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).	

PROGRAMMA TERAPEUTICO	
Farmaco	<input type="text"/>
Dosaggio	<input type="text"/>
<i>Per i dosaggi e le modalità di somministrazione si vedano i corrispondenti RCP</i>	
Data Emissione	<input type="text" value="21/06/2022"/>
Data Termine	<input type="text" value="21/07/2022"/>