

### Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale SIVEXTRO

**Indicazioni terapeutiche:** Trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti. Occorre prendere in considerazione le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

*Per ABSSSI sono da intendersi le infezioni complicate della cute e dei tessuti sottocutanei. La rimborsabilità è limitata alle sole infezioni complicate della cute e dei tessuti molli quando si sospetta o si ha la certezza che l'infezione sia causata da batteri Gram positivi sensibili.*

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: _____

Diagnosi: Infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti sostenuta da batteri Gram positivi sensibili.

Sospetta  Certa

Specificare se:

- inizio terapia
- prosecuzione terapia
- 2-3 linea di trattamento (trattamento precedente: \_\_\_\_\_)

#### PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Durata prevista
<input type="checkbox"/>	Sivextro	200 mg polvere per concentrato soluzione per infusione	
<input type="checkbox"/>	Sivextro	200 mg compresse	

*Dose raccomandata e durata del trattamento per gli adulti: Il dosaggio raccomandato è 200 mg una volta al giorno per 6 giorni. La sicurezza e l'efficacia di tedizolid fosfato quando somministrato per periodi superiori a 6 giorni non sono state stabilite.*

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**

