ALLEGATO

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 ☐ F ☐

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
☐	Sivextro	200 mg polvere per concentrato soluzione per infusione	
☐	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

17A03392