



**SCHEDA CARTACEA AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
DALBAVANCINA (Xydalba®)**

**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	_____
Medico prescrittore (cognome, nome)	_____
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome)	_____
Data di nascita _____	sex M ☐ F ☐ _____
peso (Kg)	_____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata:

Trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi.

Indicazione rimborsata SSN:

Trattamento di infezioni complicate della cute o dei tessuti molli con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili, negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi limitatamente alle seguenti condizioni:

- prima linea, in caso di necessità/possibilità di successiva gestione del paziente 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) sostenuta da batteri Gram positivi sensibili
	Sospetta ☐ Certa ☐
Specificare se:	
☐	prima linea, in caso di necessità/possibilità di successiva gestione del paziente a domicilio
☐	seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di proseguire la gestione in ambiente ospedaliero
La prescrizione di dalbavanicina deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).	

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Età del paziente	Posologia autorizzata	Dosaggio
Adulti (≥ 18 anni)	Giorno 1: 1500 mg, singola infusione	
	OPPURE	
	Giorno 1: 1000 mg e Giorno 8: 500 mg	
Bambini e adolescenti di età ≥ 6 anni e < 18 anni	18 mg/kg, singola dose (massimo 1500 mg)	
Lattanti e bambini di età ≥ 3 mesi e < 6 anni	22,5 mg/kg, singola dose (massimo 1500 mg)	
Per le modalità di somministrazione si veda il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.		

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
