

Documento PTR n. 302 relativo a:

**SCHEDA REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI
TEDIZOLID**

Giugno 2017

Scheda cartacea per la prescrizione di Tedizolid

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: _____
<input type="checkbox"/> SOSPETTA <input type="checkbox"/> CERTA

**Si fa presente che lo studio registrativo per la formulazione os ha arruolato nel 41 % dei casi pazienti che presentavano erisipela/cellulite, in circa il 30% ascessi maggiori, nel restante 29% ferite infette; per la formulazione ev nel 50% dei casi si trattava di erisipela/cellulite, nel 20% di ascessi maggiori e nel 30% di ferite infette.*

Specificare se:

inizio terapia prosecuzione terapia trattamento successivo al primo

 specificare trattamento precedente

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Descrizione	Durata
Tedizolid	<input type="checkbox"/> 200 mg polvere per concentrato soluzione per infusione	
	<input type="checkbox"/> 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 _____