



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

**Indicazioni terapeutiche:** ZINPLAVA è indicato per la prevenzione della recidiva dell'infezione da *Clostridium difficile* (CDI) negli adulti ad alto rischio di recidiva di CDI.

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: _____

La rimborsabilità è limitata ai pazienti con diagnosi microbiologica di recidiva, definita come un periodo di benessere a distanza di almeno 8 settimane tra i singoli episodi, di CDI/CDAD (NAAT o GDH positivo e tossina A/B positiva) già in trattamento con terapia antibiotica, in presenza di almeno 1 tra le seguenti condizioni:

- soggetti di età >65 anni
- forma severa di CDI (Zar-score  $\geq 2$ )
- soggetti immunocompromessi

#### PROGRAMMA TERAPEUTICO

	Farmaco	Specialità	Dosaggio
<input type="checkbox"/>	Zinplava	25 mg/mL concentrato per soluzione per infusione	10 mg/kg

*ZINPLAVA deve essere somministrato durante il ciclo di terapia antibatterica per CDI, in una singola infusione endovenosa nell'arco di 60 minuti.*

*L'esperienza sulla somministrazione di ZINPLAVA nei pazienti è limitata ad un singolo episodio da CDI e ad una singola somministrazione.*

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

