



Modulo di richiesta motivata  
degli antimicotici per singolo  
paziente

Codice: MODFARM04

Data: 31 luglio 2017

Revisione: 0

Unità Operativa ..... Ospedale ..... Data .....

Nome e Cognome ..... data di nascita .....

### DIAGNOSI

**Patologia di base**  emopatia maligna  tumore solido  trapianto  Altro \_\_\_\_\_

**Infezione fungina** sede \_\_\_\_\_

#### Provata

- evidenza istologica  
 isolamento del micete \_\_\_\_\_

#### Probabile/Possibile

**In base a** (specificare i criteri)

da (specificare il campione) \_\_\_\_\_

**Empirica**  paziente febbrile non rispondente al fluconazolo (dopo 48-72h)

### TERAPIA

Farmaci	Motivazioni	Dose/die	richiesto	erogato
<input type="checkbox"/> Amfotericina lipidica 100 mg fiale ev (Abelcet)	- Candidemia in pazienti neutropenici - Come seconda scelta nel caso di pazienti resistenti o intolleranti nelle candidiasi e nelle aspergillosi - terapia delle infezioni da LIEVITI NON-CANDIDA E MUFFE NON-ASPERGILLUS <b>prima di iniziare il trattamento in pazienti con preesistente nefropatia o che hanno già presentato insufficienza renale, deve essere eseguito un monitoraggio della funzione renale e, durante la terapia, almeno una volta alla settimana</b>			
<input type="checkbox"/> Anidulafungina 100 mg (Ecalta)	Trattamento delle candidiasi invasive in pazienti adulti			
<input type="checkbox"/> Caspofungina 70 mg fiale	- Candidemia in pazienti neutropenici e non - Come seconda scelta nel caso di pazienti resistenti o intolleranti al fluconazolo nelle candidiasi <b>INEFFICACE IN CASO DI LIEVITI NON-CANDIDA E MUFFE NON-ASPERGILLUS</b> - terapia empirica			
<input type="checkbox"/> Caspofungina 50 mg fiale				
<input type="checkbox"/> Voriconazolo 200 mg fiale	Prima scelta nel trattamento dell'aspergillosi <b>Tenere presente che la via orale ha una biodisponibilità sovrapponibile a quella endovenosa, per cui utilizzarla o da subito, oppure appena le condizioni del paziente lo consentono</b>			
<input type="checkbox"/> Voriconazolo 200 mg cp				

si evadono quantitativi per max 8 gg di terapia

**Antimicotici utilizzati in precedenza:** .....

Timbro e firma del Medico prescrittore \_\_\_\_\_

Il Farmacista che valuta la richiesta.....

**NB: Le richieste non integralmente compilate non saranno evase**