



Scheda di Prescrizione e Monitoraggio ANTIFUNGINI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMFOTERICINA B LIPOSOMIALE 50 MG FL 098749 | <input type="checkbox"/> POSACONAZOLO SOSP OS 40MG/ML 105ML 0981821 |
| <input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 50 MG FL 09810196 | <input type="checkbox"/> POSACONAZOLO 100 MG CPR 0982800 |
| <input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 70 MG FL .09810384 | <input type="checkbox"/> VORICONAZOLO 200 MG CP 09810195 |
| <input type="checkbox"/> ISAVUCONAZOLO 100 MG CPS (allegare consulenza infettivologica) 098293 | <input type="checkbox"/> VORICONAZOLO 200 MG FL 0983508 |
| <input type="checkbox"/> ISAVUCONAZOLO 200 MG FL (allegare consulenza infettivologica) 098349 | |

DATA: _____

UNITA' OPERATIVA: _____

CENTRO DI COSTO: _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE (applicare nell'apposito spazio l'etichetta del paziente)

ETICHETTA
PAZIENTE

DATA INIZIO TERAPIA: _____ DURATA PREVISTA TRATTAMENTO: _____

POSOLOGIA: _____

PRIMA PRESCRIZIONE

CONTINUAZIONE TERAPIA

TIPO DI TERAPIA:

MIRATA

• ORGANISMO/I ISOLATO/I: _____

• SITO DI ISOLAMENTO: _____

EMPIRICA

PROFILASSI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

RISERVATO ALLA FARMACIA

QUANTITA' CONSEGNATA (fino ad un max di 10 giorni di terapia): _____

NOTE: _____

IL FARMACISTA: _____