



## 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: \_\_\_\_\_