



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

CANCIDAS mg _____

ATC: J02AX04

PRINCIPIO ATTIVO: CASPOFUNGIN

REPARTO: _____

DATA RICHIESTA: _____

	INIZIALI PAZIENTE/DATA DI NASCITA	DOSE/DIE	GIORNI DI TERAPIA	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	INDICAZIONI* TERAPEUTICHE	QUANTITA' DISPENSATA/N° DI CONFEZIONI DISPENSATE
1						
2						
3						
4						
5						

* Indicazioni terapeutiche:

1- candidiasi invasiva

2- aspergillosi invasiva in pazienti adulti o pediatrici refrattari o intolleranti alla terapia con amfotericina B, formulazioni lipidiche di amfotericina B e/o itraconazolo. Vengono definiti refrattari alla terapia i pazienti con infezioni che progrediscono o non migliorano dopo un periodo minimo di 7 giorni di trattamento con dosi terapeutiche di terapia antifungina efficace

3- Terapia empirica di presunte infezioni fungine (come *Candida* o *Aspergillus*) in pazienti adulti o pediatrici neutropenici con febbre.

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
