



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

**ECALTA mg** \_\_\_\_\_

ATC: J02AX06

PRINCIPIO ATTIVO: ANIDULAFUNGIN

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 invasive in pazienti adulti

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Farmacista

\_\_\_\_\_