



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

SPORANOX mg _____

ATC: J02AC02

PRINCIPIO ATTIVO: ITRACONAZOLO

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:**Micosi sistemiche:

1- aspergillosi, candidosi e criptococcosi (inclusa la meningite criptococcica)

2- istoplasmosi, sporotricosi, paracoccidioidomicosi, blastomicosi e altre rare micosi sistemiche

Micosi superficiali:

3- candidosi vulvovaginale, pityriasis versicolor, dermatofitosi, candidosi orale e cheratite fungina

4- onicomicosi sostenute da dermatofiti e/o lieviti

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
