



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

VFEND mg _____

ATC: J02AC03

PRINCIPIO ATTIVO: VORICONAZOLO

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- aspergillosi invasiva.

2- candidemia in pazienti non–neutropenici

3- infezioni gravi e invasive da *Candida* resistenti al fluconazolo (inclusa la *C. krusei*)4- infezioni micotiche gravi causate da *Scedosporium* spp. e *Fusarium* spp

5- Profilassi di infezioni fungine invasive in pazienti ad alto rischio sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche HSCT (Hematopoietic Stem Cell Transplant)

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
