

AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI O.G.P. "S. CAMILLO DE LELLIS" - RIETI

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici - Tel. 0746/278241 - Fax 0746/278538

Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

RICHIESTA PERSONALIZZATA MYCAMINE EV (Micafungin)

U.O. _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL MYCAMINE E' RISERVATO AI CASI IN CUI L'UTILIZZO DEGLI ALTRI ANTIFUNGINI NON E' APPROPRIATO

N.B. Il farmaco è assoggettato alla compilazione della check-list specifica

Nome e cognome del paziente _____
data di nascita _____

DOSE DIE _____ **DURATA TERAPIA** _____

indicazioni terapeutiche:

Adulti, adolescenti ≥ 16 anni di età e anziani:

- Trattamento della candidosi invasiva
- Trattamento della candidosi esofagea in pazienti per i quali sia appropriata una terapia endovenosa
- Profilassi delle infezioni da *Candida* in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o in pazienti che si prevede possano manifestare neutropenia (conta assoluta dei neutrofili < 500 cellule/mcl) per 10 o più giorni.

Bambini (inclusi neonati) e adolescenti < 16 anni di età:

- Trattamento della candidosi invasiva
- Profilassi dell'infezione da *Candida* in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o in pazienti che si prevede possano manifestare neutropenia (conta assoluta dei neutrofili < 500 cellule/mcl) per 10 o più giorni.

Si allega consulenza infettivologica o antimicogramma

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____