



RICHIESTA FARMACI NOMINATIVA

MYCAMINE mg _____

ATC: J02AX05

PRINCIPIO ATTIVO: MICAfungin

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- candidosi invasiva

2- candidosi esofagea in pazienti per i quali sia appropriata una terapia endovenosa

3- 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.

Timbro e firma del Medico

Il Dirigente Farmacista
