



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA
ISAVUCONAZOLO (CRESEMBA®)**

- PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DELLA ASSL DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

DATI DEL REPARTO:	DATI DEL PAZIENTE
Reparto richiedente:	Cognome:
Codice C.d.C.:	Nome:
Data richiesta: / /	Età:
	Patologie concomitanti:

INDICAZIONI TERAPEUTICHE:

Cresemba è indicato negli adulti per il trattamento di

- aspergillosi invasiva
- mucormicosi in pazienti per i quali il trattamento con amfotericina B non è appropriato.

Devono essere tenute in considerazione le linee guida ufficiali sull'uso appropriato dei farmaci antimicotici

Richiesta

ASPERGILLOSI INVASIVA – solo dopo fallimento con voriconazolo- allegare esami

MUCORMICOSI per il trattamento di pazienti per i quali l'amfotericina B non è indicata che presentano un tumore maligno ematologico o in fase di trapianto e per pazienti con funzionalità renale ridotta.

Isavuconazolo Posologia/die: _____

N° gg terapia: _____

Il medico richiedente: (firma e timbro)

.....

Parte riservata al Servizio di Farmacia

Consegnati n° _____ fl Isavuconazolo 200mg

Consegnate n° _____ cpr Isavuconazolo 200mg

Data della consegna: __/__/____ Firma del farmacista _____

Annotazioni.....