

**RICHIESTA MOTIVATA Personalizzata (RMP) per farmaci antimicotici sistemici**

U.O. \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_  
(cognome e nome)

n° cartella clinica \_\_\_\_\_

Diagnosi: Patologia di base  leucemia acuta  altra emopatia maligna  tumore solido  AIDS

HSCT  GVHD  Trapianto OS (.....)  altro: .....

Fattori di rischio:  diabete  BPCO grave  neutropenia  politrauma  plurioperato  IRC/IRA  epatopatia

**TIPOLOGIA DI INFEZIONE FUNGINA DEL PAZIENTE**

- Infezione fungina invasiva provata  
 Infezione fungina invasiva probabile  
 Infezione fungina invasiva possibile

**Motivazione della scelta terapeutica**

- Terapia empirica neutropenia febbrile  Terapia empirica micosi invasiva .....  
 Fallimento terapeutico dopo 96h  Intolleranza .....  
 Profilassi.....

**PRESCRIZIONE**

- L- Amfotericina B liposomiale**  **Amfotericina B complesso lipidico**  **Amfotericina B sodica**  
 **Caspofungin** (limitatamente alle infezioni da Aspergillus o Candida resistenti agli antimicotici già presenti in PTA)

**Micafungin**

**Posaconazolo** (trattamento delle seguenti infezioni fungine negli adulti: Aspergillosi invasiva in pz con malattia refrattaria ad amfotericina B o ad itraconazolo o in pz. intolleranti a questi medicinali; Fusariosi in pz. con malattia refrattaria ad amfotericina B o in pz. intolleranti ad amfotericina B; Cromoblastomicosi e micetoma in pazienti con malattia refrattaria a itraconazolo o in pazienti intolleranti ad itraconazolo; Coccidioidomicosi in pz. con malattia refrattaria ad amfotericina B, itraconazolo o fluconazolo o in pz. intolleranti a questi medicinali; Candidiasi orofaringea: come terapia di prima linea in pz. con malattia grave o immunocompromessi, in cui ci si aspetta scarsa risposta ad una terapia topica). (profilassi di infezioni fungine invasive in pz.: in chemioterapia per induzione della remissione di leucemia mieloblastica acuta (AML) o sindromi mielodisplastiche (MDS) per le quali si prevede una neutropenia prolungata e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive; Soggetti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSC1) in terapia immunosoppressiva ad alto dosaggio per malattia del trapianto contro l'ospite e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive)

**Voriconazolo** (Farmaco di seconda scelta nelle micosi invasive documentate ed assai probabili, da utilizzare nei reparti di Onco-Ematologia, Trapianti, rianimazione ed infettivologia ed eventualmente in altro reparto, solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti centri)

**Anidulafungina** (limitazione d'uso nelle candidiasi invasive opportunamente documentate con dati di laboratorio o clinicamente presunte)

DOSE CARICO ----- DOSE DI MANTENIMENTO -----

DURATA PREVISTA:  1° TRATTAMENTO x gg .....  PROSECUZIONE x gg .....

1° scelta  2° scelta  3° scelta

se 2°/3° scelta antimicotico utilizzato in precedenza..... iniziato il / /

**PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA**

Quantità consegnata .....

Data richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del Medico richiedente

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del Farmacista

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile di chi ritira

N.B. Le richieste non integralmente compilate non saranno evase