



Solicitação de Medicamento de Uso Restrito – Antifúngicos

1. Identificação do paciente

Nome: _____ Registro: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Unidade de Internação: _____ Ramal: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Peso: _____
Diagnóstico: _____

2. Medicamentos

Classe: Anfotericinas

- Anfotericina B Lipossomal (fr-amp. 50 mg)
 Complexo Lipídico de Anfotericina B (fr-amp. 100 mg)

Obs: Antes de preencher, verificar qual apresentação disponível no Serviço de Farmácia.

Dosagem/Posologia prescrita: _____

Tempo de tratamento previsto: _____

Justificativa da prescrição

Disfunção renal caracterizada por $C > 2,5$ mg/dl ou clearance < 25 ml/m ou aumento da creatinina 3x o valor basal (isto é, uma perda de mais de 50% do clearance) ou hipocalemia refratária ao tratamento (lesão tubular distal), definido como: potássio sérico menor ou igual a 2,8 meq/l apesar de reposição plena.

Exames laboratoriais: Creatinina = _____ Data: ____/____/____
Potássio = _____ Data: ____/____/____

Pacientes em uso de terapia medicamentosa potencialmente nefrotóxica cuja associação com Anfotericina desoxicolato seja potencialmente danosa (Ciclosporina, Aminoglicosídeos).

Classes: Equinocandinas

- Micafungina (fr-amp. 50mg e 100mg)

Derivados Tiazolidínicos

- Voriconazol (comp. 200mg)

Dosagem/Posologia prescrita: _____

Tempo de tratamento previsto: _____

Justificativa da prescrição

- Suspeita de Aspergilose
 Candida sp resistente a Fluconazol
 Terapia empírica por uso atual de Fluconazol com falha terapêutica
 Terapia empírica até resultado da cultura

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

Autorização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH/HU/UFSC

SIM ()

NÃO ()

Parecer: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Presidente da CCIH/HU/UFSC

Serviço de Farmácia

Recebida autorização de fornecimento em: ____/____/____ Hora: ____ Ass.Resp.: _____

Observações: _____