

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO
Anfotericina Liposomal.

POSOLOGIA.

Dosis: inicio _____ mg/Kg/día c/24hs. **Peso del paciente:** _____ Kg.
mantenimiento _____ mg/Kg/día c/24hs.

Peso del paciente: _____ Kg. **Duración prevista del tratamiento:** _____ día/s.

Cantidad de Frascos de 50mg por día: _____

Cantidad de Frascos de 50mg para todo el tratamiento: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCION (indicar con una "x").

- ☐ 1. Infección sistémica por *Candida spp.*, otras levaduras o *Aspergillus spp.*, **resistentes a Fluconazol** en pacientes con **alteración de la función renal**. **Adjuntar resumen de historia clínica.**
- ☐ 2. Tratamiento empírico de síndrome febril en **pacientes neutropénicos con alteración de la función renal** que no respondan a 4-5 días de tratamiento con antibióticos de amplio espectro. **Adjuntar resumen de historia clínica.**
- ☐ 3. Paciente **recién nacido** con infección sistémica por *Candida spp* y **alteración de la función renal** .con factores de riesgo asociados. **Adjuntar resumen de historia clínica.**

ALTERACION DE FUNCION RENAL (documentar valores).

Edad: _____

Cl. de Creatinina (ml/min): _____

Creatinina basal (mg/dl): _____

Alteraciones Hidroelectrolíticas (describir): _____

MEDICACION NEFROTOXICA CONCOMITANTE (describir): _____

PACIENTE.

Nombre _____ Planta _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ Diagnóstico principal _____

_____ DNI _____

Obra Social y Nº afiliado _____

Medico: _____ Servicio: _____

Teléfono/ Interno de Contacto: _____ Fecha ____/____/____/

Firma _____

Nota: Esta solicitud ser completada por el medico clínico y firmada además por el infectólogo. Debiendo ser enviada a la Unidad de Farmacoterapéutica (3º Piso "H", int 5164).