

RICHIESTA MOTIVATA ALBUMINA

U.O. _____ P.O. _____

Paziente _____ Data di Nascita ____/____/____ Peso ____
(cognome e nome)

n° cartella clinica _____

Albuminemia (g/dl) _____ Protidemia totale (g/dl) _____ eseguita il ____/____/____ (allegare il referto del laboratorio analisi)

La somministrazione di albumina necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 01.09.1995

<input type="checkbox"/> Shock ipovolemico	la scelta: soluzioni di cristalloidi - 2a scelta soluzioni di colloidi non proteici 3a scelta Albumina, solo in caso di documentata controindicazione e/o non responsività alle soluzioni di colloidi e cristalloidi
<input type="checkbox"/> Ustioni	L'albumina può essere impiegata solo se sono presenti contemporaneamente tutte le seguenti condizioni: 1) Sono trascorse almeno 24 ore dalle verificarsi delle ustioni 2) Ustioni >50% superficie corporea 3) Inefficacia dei cristalloidi nel correggere l'ipovolemia 4) Controindicazioni all'uso dei colloidi sintetici
<input type="checkbox"/> Resezione epatica	1ª scelta: soluzioni di cristalloidi – 2ª scelta: soluzioni di colloidi non proteici 3ª scelta: Albumina solo in caso di non responsività ai cristalloidi, controindicazione all'uso dei colloidi non proteici: alterata funzionalità del fegato residuo; Albuminemia ≤ 2g/dl
<input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica	Albumina in caso di non responsività ai diuretici, Albuminemia ≤2g/dl (2.5g/dl in età pediatrica) ed edema massivo associato a segni di ipovolemia
<input type="checkbox"/> Enteropatie protido dispendenti e/o stati di malnutrizione	Albumina solo quando siano contemporaneamente presenti le seguenti condizioni: non responsività a terapia dietetica, Albuminemia ≤2g/dl, diarrea grave
<input type="checkbox"/> Cirrosi scompensata	Albumina in caso di albuminemia ≤ 2g/dl e non responsività ai diuretici
<input type="checkbox"/> Paracentesi (*)	la scelta: 8-10g di Albumina/ litro di liquido ascitico estratto, nel caso di grandi volumi di liquido ascitico ≥4L
<input type="checkbox"/> Peritonite Batterica Spontanea (SEP) (*)	Albumina impiegata , in associazione a terapia antibiotica alla dose di 1,5 g/kg di peso corporeo alla diagnosi dell'infezione seguita da una seconda dose di 1 g/kg e per ulteriori 13 giorni ad una dose media di 20-40 g/die
<input type="checkbox"/> Sindrome epato-renale di tipo I	la scelta: L'utilizzo dell'Albumina è appropriato in associazione a farmaci vasocostrittori
<input type="checkbox"/> Plasmaferesi	la scelta: Albumina nel caso di ricambi >20 ml/K/sett. (una o più sedute). L'associazione Albumina cristalloidi o cristalloidi da soli nel caso di ricambi di volume inferiore
<input type="checkbox"/> Iperbilirubinemia nel neonato	Albumina non in associazione con la foto-terapia e mai prima dell'exanguino-trasfusione
<input type="checkbox"/> Emorragia sub aracnoidea	Albumina solo nei pazienti con vasospasmo sintomatico e che richiedano più 7l/die di soluzioni di cristalloidi al fine di mantenere una pressione venosa centrale ottimale.
<input type="checkbox"/> Altro	

Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria per correggere i livelli plasmatici di Albumina (tranne nei casi *)
$DOSE (g) = [Albuminemia desiderata (g/dl) - Albuminemia attuale (g/dl)] \times Volume Plasmatico (0.4L/Kg) \times 2$
N° flc richiesti: (50ml al 20%) gg trattamento (250ml al 5%) gg trattamento

a cura della Farmacia _____ N° flc autorizzati _____
Motivazione evasione per indicazione non prevista dal protocollo _____

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