



Struttura Complessa
Farmacia Ospedaliera
Direttore Dr.ssa R. Mosconi

RICHIESTA MOTIVATA

ALBUMINA UMANA

Reparto _____ Data ____/____/____
Si richiedono n° _____ flaconi di albumina umana 20% da 50 ml per il paziente
_____ Durata prevista del trattamento
_____ giorni.

MOTIVAZIONI PER LA RICHIESTA

(barrare la casella appropriata)

INDICAZIONI APPROPRIATE	INDICAZIONI OCCASIONALMENTE APPROPRIATE
<input type="checkbox"/> Shock ipovolemico non responsivo all'uso combinato di cristalloidi e colloidi <input type="checkbox"/> Plasmaferesi terapeutica <input type="checkbox"/> Ustione grave <input type="checkbox"/> Nel neonato: ipoalbuminemia grave e/o iperbilirubinemia grave <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica con paracentesi di almeno 4 litri <input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica severa proteino-dipendente con edema massivo con indizi di ipovolemia (ipotensione, tachicardia) in associazione alla terapia diuretica <input type="checkbox"/> Trapianto epatico (con ipoalbuminemia <2,5 g/dl ed Ht >30%)	<input type="checkbox"/> Sindrome da distress respiratorio nell'adulto <input type="checkbox"/> Resezione epatica <input type="checkbox"/> Edema cerebrale <input type="checkbox"/> Sindrome di Lyell
<input type="checkbox"/> Altro (per rarissimi casi non compresi nella lista e che saranno controllati dalla Commissione Buon uso Sangue e discussi col Dirigente Medico richiedente): specificare.....	

La richiesta è documentata dai dati di laboratorio (allegare referto del laboratorio analisi) Albuminemia _____ g/100ml (è ritenuta irrazionale ogni somministrazione con valori di albuminemia al di sopra di 2,5 g/dl anche in presenza di bassi valori di proteine totali). Proteine totali _____ g/100ml.

Il Medico

Il Paziente o Chi ne esercita la tutela

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Si consegnano N. _____ Flaconi di Albumina 20% Numero del/dei lotti _____

Chi ritira _____ Il Farmacista _____

Motivo della mancata evasione _____

N.B. In dimissione il medico dovrà considerare la nota Aifa n. 15 che limita la prescrizione dell'albumina a carico del SSN¹

¹ La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle seguenti condizioni

- dopo paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica;

- grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (ad es. intestino corto post-chirurgico o da proteino-dispersione), non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia.

L'albumina non è rimborsabile dal SSN per altre indicazioni autorizzate.