



## MODULO RICHIESTA ALBUMINA

Paziente ..... data di nascita ..... Peso .....

U.O ..... data richiesta ..... n° cartella clinica.....

### INDICAZIONI ALL'USO DI ALBUMINA

*Inserire i dati richiesti e barrare l'indicazione*

Albuminemia (g/dl) ..... Protidemia totale (g/dl) ..... eseguita il .....

*La somministrazione di albumina necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 01/09/1995*

#### Condizioni acute con bassa albuminemia (<2g/dl): (barrare quella di interesse)

<input type="checkbox"/> PLASMAFERESI TERAPEUTICA	<u>1<sup>a</sup> scelta</u> : nello scambio di grandi volumi di plasma, superiori a 20 mL/Kg in unica seduta o 20 mL/Kg/settimana in sedute successive.
<input type="checkbox"/> SHOCK EMORRAGICO	<u>2<sup>a</sup> scelta</u> : in caso di non responsività alle soluzioni cristalloidi e ai colloidi non proteici impiegati a dosaggi massimali e/o di documentata controindicazione all'uso dei colloidi non proteici.
<input type="checkbox"/> INTERVENTI DI CHIRURGIA MAGGIORE	<u>2<sup>a</sup> scelta</u> : in soggetti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica > 40%, ampie resezioni intestinali) qualora dopo normalizzazione della volemia, l'albuminemia ≤ 2 g/dL.
<input type="checkbox"/> USTIONI	<u>2<sup>a</sup> scelta</u> : in caso di documentata controindicazione e/o non responsività alle soluzioni di colloidi e cristalloidi, con posologia diversificata in base all'entità della superficie interessata. MAI NELLE PRIME 24 ORE DAL MOMENTO DELL'USTIONE
<input type="checkbox"/> CARDIOCHIRURGIA	-Post-operatorio: <u>2<sup>a</sup> scelta</u> : in caso di documentata controindicazione e/o non responsività alle soluzioni di colloidi e cristalloidi.
<input type="checkbox"/> IPERBILIRUBINEMIA NEL NEONATO	solo dopo fototerapia ed exsanguino-trasfusione.

#### Condizioni croniche con bassa albuminemia: (barrare quella di interesse)

<input type="checkbox"/> SINDROME NEFROSICA	In associazione ai diuretici, in caso di albuminemia < 2g/dL, ipovolemia marcata e/o edema polmonare acuto e/o insufficienza renale acuta.
<input type="checkbox"/> SINDROME DA IPONUTRIZIONE	In caso di intolleranza alla nutrizione enterale se coesistono: albuminemia < 2g/dL, volume della diarrea > 2 L/die, non responsività alla terapia dietetica, nessuna altra causa che giustifichi la diarrea.

#### CIRROSI EPATICA CON ASCITE solo nelle condizioni di seguito indicate: (barrare quella di interesse)

<input type="checkbox"/> Ascite non responsiva ai diuretici	non responsività ai diuretici.
<input type="checkbox"/> Paracentesi di grandi volumi*	<u>1<sup>a</sup> scelta</u> : per paracentesi di volumi > 5 L alla dose di 5g/L di liquido rimosso,
<input type="checkbox"/> Sindrome epato-renale	<u>1<sup>a</sup> scelta</u> : in associazione a farmaci vasocostrittori
<input type="checkbox"/> Peritonite Batterica Spontanea*	<u>1<sup>a</sup> scelta</u> : in associazione a trattamento antibiotico

Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria a ottenere un'albuminemia ≥ 2.5 g/dL (tranne nei casi\*):

**DOSE (g) = [albuminemia desiderata (2.5 g/dL) – albuminemia attuale (g/dL)] x vol. plasmatico (0.8 x peso corporeo in Kg)**

N° FLC /DIE RICHIESTI: .....(50 ML AL 20%) GG TRATTAMENTO.....

Timbro e firma del Medico richiedente .....

N° FLC AUTORIZZATI: .....

Firma del Farmacista .....

Firma leggibile di chi ritira .....

La richiesta di albumina al di fuori delle indicazioni previste dalla modulistica dovranno essere accompagnate da una breve relazione clinica. Le richieste non complete non saranno evase.