

Reparto/Centro di costo	ADT
Cognome e nome del paziente	Etichetta
Data di Nascita	CF
Albumina attuale..... gr/dl    Protidemia totale    Peso    kg Albuminemia desiderata gr/dl Posologia giornaliera albumina n° flac.....al    % Giorni di terapia (durata della terapia massimo 3 giorni)	
Formula per calcolare la quantità di albumina necessaria a ottenere un'albuminemia $\geq 2,5$ gr/dl Dose (gr)=[albumina desiderata (gr/dl) – albumina attuale (gr/dl)x volume plasmatico (0,8x peso corporeo)] La farmacocinetica dell'albumina è caratterizzata da un'emivita di 21 giorni	
<b>Indicazioni appropriate:</b>	
<input type="checkbox"/> Plasmaferesi terapeutica <input type="checkbox"/> Paracentesi di grandi volumi (>5 l di liquido ascitico) <input type="checkbox"/> Peritonite batterica spontanea <input type="checkbox"/> Sindrome epato-renale	
<b>Indicazioni occasionalmente appropriate:</b>	
<input type="checkbox"/> Shock ipovolemico (terza scelta dopo cristalloidi e colloidi sintetici) <input type="checkbox"/> Sepsi grave e shock settico (in associazione a cristalloidi in caso di necessità di elevati volumi di soli cristalloidi) <input type="checkbox"/> Interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica >40%, ampie resezioni intestinali) se dopo ripristino della volemia <input type="checkbox"/> Ustioni gravi (seconda scelta dopo le prime 24 h in ustioni >50 %) <input type="checkbox"/> Interventi cardiocirurgici in CEC <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> dopo trapianto epatico in caso di albuminemia < 2,5gr/dl, pressione nei capillari polmonari < 12 mmHg, Hct>30% <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica con ascite refrattaria, se presenti ipoalbuminemia e segni clinici di ipovolemia <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica terapia secondo ANSWER 40 gr di Albumina umana ogni due settimane <input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica con grave ritenzione idrosalina, scarsamente responsiva a terapia diuretica, se presenti albumine mia <2 gr/dl, diarrea < 2l/die che persiste dopo somministrazione di peptidi a catena corta e soluzioni minerali.	
Il richiedente dichiara di aver debitamente informato il/la paziente/l' esercente della patria potestà/il rappresentante legale (tutore amministratore di sostegno)..... della necessità del trattamento e di averne ottenuto il consenso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Il trattamento è da eseguirsi in: Emergenza Urgenza Il medico prescrivente.....	
Data.....	Firma e timbro del Medico
<p style="text-align: center;"><b><u>A CURA DEL FARMACISTA</u></b></p> Si consegna in data    /    /    N° flaconi albumina    al    %    Lotto    Scadenza il    /    / Firma del farmacista    Durata terapia massimo 3 giorni	
<p style="text-align: center;"><b><u>A CURA DEL REPARTO PRESCRITTORE</u></b></p> Si restituiscono in data_____ n° flaconi albumina_____ Lotto_____ Scadenza_____	
Firma coordinatore reparto_____ Firma farmacista_____	