AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

MODULO DI RICHIESTA DI ALBUMINA

UNITA' OPERATIVA: _____ **DATA:** _____

DATI DEL PAZIENTE			
Cognome: **Nome:** **Peso (Kg):** **Codice Fiscale:** **N° cartella clinica:**	**Diagnosi:**		
	Data esami:		**Limiti:**
	Albuminemia - g/dL:		**< 2,5 g/dL**
	Proteine totali - g/dL:		**< 5 g/dL**
La somministrazione di albumina necessita del Consenso Informato ai sensi del D.M. 01/09/1995			

INDICAZIONI	LINEE GUIDA PER L'USO DI ALBUMINA
☐ **Plasmaferesi**	Scambio di grandi volumi di plasma (> 20 mL/Kg in unica seduta o 20 mL/Kg/settimana in sedute successive).
☐ **Sindrome nefrosica**	In associazione ai diuretici, in caso di albuminemia < 2 g/dl, ipovolemia marcata e/o edema polmonare acuto e/o insufficienza renale acuta
☐ **Shock emorragico e non emorragico**	Mancata o insufficiente risposta al trattamento con cristalloidi e colloidi non proteici impiegati a dosaggi massimali e/o di documentata controindicazione all'uso dei colloidi non proteici.
☐ **Paracentesi di grandi volumi**	Per paracentesi di volumi > di 5 L alla dose di 5g/L di liquido rimosso
☐ **Cirrosi epatica con ascite**	Generalmente inefficace In pazienti con albuminemia <2g/dl, se non responsivi alla terapia diuretica: durante ricovero ospedaliero infusione di 12.5 g/die di albumina eventualmente seguita da 25g/sett. in terapia domiciliare.
☐ **Ascite non responsiva ai diuretici**	Mancata o insufficiente risposta al trattamento con diuretici
☐ **Peritonite batterica spontanea in cirrosi**	In associazione a trattamento antibiotico
☐ **Sindrome epato - renale**	In associazione a farmaci vasocostrittori
☐ **ARDS**	La somministrazione di Albumina è indicata solo dopo normalizzazione della permeabilità dei capillari polmonari. L'uso profilattico può essere pericoloso.
☐ **Intervento di chirurgia maggiore**	Resezione epatica > 40% o ampie resezioni intestinali se l'albuminemia è ≤ 2 g/dL dopo normalizzazione della volemia.
☐ **Cardiochirurgia**	In caso di **documentata controindicazione** e/o non responsività alle soluzioni di colloidi e cristalloidi
☐ **Ustione grave**	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**
☐ **Iperbilirubinemia nel neonato**	Non in associazione a fototerapia. Successivamente ad eventuale exsanguino trasfusione
☐ **Sindrome da iponutrizione**	In caso di intolleranza alla nutrizione enterale **se coesistono**: albuminemia < 2 g/dl, volume diarrea >2 L/die, non responsività alla terapia dietetica, nessuna altra causa che giustifichi la diarrea.

DATA INIZIO TRATTAMENTO	POSOLOGIA PREVISTA (flaconi/die)	N° FLACONI RICHIESTI

Il medico prescrivente: _____ **Il responsabile dell'UU.OO:** _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA				
Data di consegna	**Flaconi consegnati**		**N° di lotto**	**Scadenza**
	☐ **Evaso tot.**	☐ **Evaso parz.**		

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 verranno evase