



ASP Palermo
Dipartimento
Diagnostica di
Laboratorio
UOC Medicina
Trasfusionale

Modulo richiesta Emoderivati IG VENA

Mod. Ig VENA.

Rev 01

Presidio Ospedaliero _____ U.O _____

Paziente _____ data di nascita _____ Peso _____

N° cartella

clinica _____

Diagnosi _____

Indicazioni al Trattamento

Terapia sostitutiva nelle sindromi di immunodeficienza primaria

La dose iniziale raccomandata è di 0.4 - 0.8 g/kg seguiti da almeno 0.2 g/kg ogni 3 settimane.

La dose richiesta per raggiungere un livello base di 6 g/l è nell'ordine di 0.2 - 0.8 g/kg/mese.

Terapia sostitutiva in mieloma o leucemia linfocitica cronica con grave ipogammaglobulinemia secondaria e infezioni ricorrenti; terapia sostitutiva in bambini con AIDS e infezioni ricorrenti.

La dose raccomandata è 0.2 - 0.4 g/kg ogni 3-4 settimane

Porpora trombocitopenica idiopatica

Per il trattamento di episodi acuti 0.8 - 1.0 g/kg il primo giorno, che può essere ripetuto una seconda volta entro tre giorni, o 0.4 g/kg al giorno per 2-5 giorni.

Il trattamento può essere ripetuto in caso di ricadute.

Sindrome di Guillain Barré

0.4 g/kg/die per 3-7 giorni

Malattia di Kawasaki

1.6 - 2.0 g/kg devono essere somministrati in dosi suddivise in 2-5 giorni o 2.0 g/kg in dose singola. I pazienti devono ricevere un trattamento concomitante con acido acetilsalicilico.

Miastenia gravis

0.4 g/kg/die per 5 giorni consecutivi nelle fasi critiche non sufficientemente compensate dalla terapia specifica.

Trapianto di midollo osseo allogenico

Il trattamento con immunoglobulina umana normale deve essere utilizzato in fase di preparazione e dopo il trapianto.

Per il trattamento di infezioni e per la profilassi della malattia da rigetto il dosaggio è personalizzato ed inizia di solito con 0.5 g/kg/settimana, iniziando 7 giorni prima del trapianto e continuando per 3 mesi dopo il trapianto.

In caso di deficit persistente della produzione di anticorpi la dose di 0.5 g/kg/mese è raccomandata finchè il livello di anticorpi non torna alla norma.

N° Totale flaconi _____ GG di Trattamento _____

La somministrazione di IG Vena necessita di consenso informato ai sensi del D-M- 02.11.2016

Data richiesta _____ Timbro e firma del Medico richiedente _____

Spazio riservato al Servizio di Farmacia

Conformità richiesta a indicazioni

Si NO

Flaconi autorizzati per trattamento terapeutico: N° _____ giorni di Terapia _____

Lotto _____ Scadenza _____ Data di consegna _____

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”.