



ASP Palermo
 Dipartimento
 Diagnostica di
 Laboratorio
 UOC Medicina
 Trasfusionale

**Modulo richiesta Emoderivati
 ANTITROMBINA**

Mod. AT III

Rev 01

Presidio Ospedaliero _____ U.O. _____

Paziente _____ data di nascita _____ Peso _____

N° cartella clinica _____

Diagnosi _____

PT/ INR _____ PTT (sec) _____ Fibrinogeno(gr/dl) _____

AT III (UI7L) _____

Dose consigliata 30-50 UI/Kg _____ N° Totale flaconi _____

GG di Trattamento _____

INDICAZIONI APPROVATE ALL'USO DI ANTITROMBINA III

Difetto congenito di AT III

Difetto acquisito di AT III associato a :
 Tromboembolia acuta
 Trombosi refrattaria a terapia standard
 CID

Indicazioni non approvate :
 Prevenzione trombosi arteria epatica dopo trapianto di fegato
 Insufficienza epatica con CID
 Profilassi durante terapia con L-asparaginasiù

N.B. : la somministrazione di Antitrombina per il trattamento della sepsi non è raccomandato *

La somministrazione di AT III necessita di consenso informato ai sensi del D-M- 02.11.2016

** Dillinger R.P. et Al. - Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 – Intensive Care Medicine 2008)*

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”.