

	ASP Palermo Dipartimento Diagnostica di Laboratorio UOC Medicina Trasfusionale	<b>Modulo richiesta Emoderivati ALBUMINA</b>	Mod. ALB.
			Rev 01

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ U.O \_\_\_\_\_  
 Paziente \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 N° cartella clinica \_\_\_\_\_  
 Diagnosi \_\_\_\_\_  
 Protidemia Totale( gr/dl) \_\_\_\_\_ Albuminemia (gr/L) \_\_\_\_\_  
 Elettroliti Sierici : Na+ \_\_\_\_\_, K+ \_\_\_\_\_, CL- \_\_\_\_\_  
 N° Flaconi / Die Richiesti \_\_\_\_\_ (50ml al 20%) N° Totale flaconi \_\_\_\_\_  
 GG di Trattamento \_\_\_\_\_

---

**INDICAZIONI ALL'USO DI ALBUMINA : AIFA , Nota 15**

1. PLASMAFERESI TERAPEUTICA per lo scambio di grandi volumi di plasma, superiori a 20 mL/Kg nel trattamento delle patologie neurologiche autoimmuni non responsive ad altre terapie, TTP
2. Dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica
3. Grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica non responsiva ai diuretici
4. Nelle sindromi da malassorbimento ( es. intestino corto post chirurgico , bendage bariatrico, sprue con ipoproteinemia) e nelle sindromi nefrosiche non responsive ad un trattamento diuretico appropriato, se associata ad ipoalbuminemia ( albumina < a 1.9 gr/dl) ed ipovolemia.

La somministrazione di albumina necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 02.11.2015

Data richiesta \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico richiedente \_\_\_\_\_

**Spazio riservato al Servizio di Farmacia**

Conformità richiesta a nota AIFA 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”.*