



Co.B.U.S.  
Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del  
Sangue  
SIMT di RAGUSA, MODICA, VITTORIA

*Al Servizio Farmacia*

## RICHIESTA ANTITROMBINA

Data richiesta \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Ambulatoriale     Ricovero ordinario     Ricovero DH    n° cartella clinica/scheda \_\_\_\_\_

Si richiedono n° \_\_\_\_\_ flaconi (1.000 UI) di Antitrombina (AT) per il  
paziente: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Antitrombina % \_\_\_\_\_ (< 70%) eseguito in data \_\_\_\_\_

INDICAZIONI	
Contrassegnare con una X l'indicazione all'uso	
<input type="checkbox"/>	<b>Deficit congenito: profilassi della trombosi venosa profonda e del tromboembolismo in situazioni di alto rischio (interventi di chirurgia maggiore, parto, aborto, traumi, immobilizzazione)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Deficit congenito: Trattamento di manifestazioni trombotiche in atto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Deficit acquisito: CID associata a sepsi severa</b>

Le indicazioni sono in linea con le Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e plasmaderivati adottate dal CoBUS dell'ASP 7.

### FORMULA PER IL CALCOLO DI U.I. DI AT DA INFONDERE

**Unità di AT da infondere = peso corporeo (Kg) x (livello desiderato – attività dosata) / 1,5**

Esempio: 60 kg x (100%-38%)/1,5= 2.480UI

La dose e il timing delle successive somministrazioni sono legate al monitoraggio dell'attività plasmatica dell'AT ogni 12-48 ore

L'uso di Antitrombina non è generalmente indicato (non vi sono prove di efficacia clinica), anche in presenza di livelli di AT decisamente inferiori alla norma, come nelle condizioni di carenza cronica non scompensata quali: epatopatia acuta o cronica, sindrome nefrosica, enteropatia proteino-disperdente, pre-eclampsia, sindrome da distress respiratorio neonatale, politrauma e post-operatorio in assenza di CID.

**N.B. La farmacia non è autorizzata a consegnare gli emoderivati se la richiesta non è correttamente compilata in tutte le sue parti. Si raccomanda di conservare in cartella una copia della presente richiesta.**

Timbro e firma del medico richiedente

\_\_\_\_\_

Parte riservata alla farmacia

N. flaconi consegnati: \_\_\_\_\_ N. lotto \_\_\_\_\_ Il Farmacista \_\_\_\_\_