

RICHIESTA ALBUMINA

Data richiesta _____ Unità Operativa _____

Ambulatoriale Ricovero ordinario Ricovero DH n° cartella clinica/scheda _____

Paziente _____ nato/a il _____ peso Kg _____

Albuminemia g/dL _____ eseguita in data _____

(il controllo dell'albuminemia non può essere superiore ai due giorni dalla richiesta)

INDICAZIONI ALL'USO DI ALBUMINA	
Contrasegnare con una X l'indicazione all'uso La somministrazione di albumina necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 01/09/1995	
CONDIZIONI ACUTE	
<input type="checkbox"/> Shock emorragico	L'albumina al 5% va utilizzata come seconda scelta , quando le soluzioni cristalloidi o i colloidi non proteici (trattamento di prima scelta) siano già stati impiegati a dosaggi massimali, senza avere ottenuto una risposta clinica adeguata, e laddove i colloidi non proteici siano controindicati.
<input type="checkbox"/> Interventi di chirurgia maggiore	L'uso di albumina può essere indicato in soggetti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica > 40%, ampie resezione intestinali) qualora, dopo la normalizzazione della volemia, l'albuminemia sia < 2 g/dl. Per qualunque altro tipo di intervento, l'uso immediato di albumina nel post-operatorio è sempre sconsigliato.
<input type="checkbox"/> Ustioni	In fase rianimatoria, dopo che sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni (Albumina al 5%). In fase post-rianimatoria albumina al 5% o 20% se albumina < 1g/dl o tra 1-2 g/dl se intolleranza all'alimentazione enterale o edema tissutale massivo o disfunzione polmonare.
<input type="checkbox"/> Plasmaferesi terapeutica	Nello scambio di grandi volumi di plasma >20 ml/Kg in una seduta o >20 ml/Kg/settimana in sedute successive.
CONDIZIONI CRONICHE	
<input type="checkbox"/> Cirrosi epatica con ascite refrattaria	<input type="checkbox"/> Ascite non responsiva ai diuretici* <input type="checkbox"/> Paracentesi di grandi volumi > 5 L /Albumina (20-25%) alla dose di 5-8 g/L di liquido rimosso in unica soluzione al termine della paracentesi* <input type="checkbox"/> Sindrome epatorenale* <input type="checkbox"/> Peritonite batterica spontanea* <p style="text-align: center;">In queste situazioni può essere omessa l'indicazione dell'albuminemia</p>
<input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica	Infusione a breve termine in associazione a diuretici nei pazienti con albuminemia < 2 g/dL, con ipovolemia marcata e/o edema polmonare acuto e/o insufficienza renale acuta
<input type="checkbox"/> Intolleranza alla nutrizione enterale	Se coesistono tutte le seguenti condizioni: Diarrea con volume > 2L/die, albumina sierica < 2g/dL, prosecuzione della diarrea nonostante la somministrazione di peptidi a catena corta e formulazione di minerali; nessuna altra causa che giustifichi la diarrea.

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

Ricordare che l'uso dell'albumina non è indicato nelle seguenti condizioni	
Albuminemia >2,5g/dl Ipoalbuminemia cronica in assenza di edemi e/o ipotensione acuta Malnutrizione Cicatrizzazione delle ferite Shock non emorragico Ascite responsiva ai diuretici Ustioni nelle prime 24 ore	Enteropatie protido-disperdenti e malassorbimento Pancreatiti acute e croniche Emodialisi Ischemia cerebrale Emodiluzione normovolemica acuta in chirurgia Sindrome da iperstimolazione ovarica

Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria a ottenere un'albuminemia ≥ 2.5 g/dL (tranne nei casi*)

DOSE (g) = [albuminemia desiderata – albuminemia attuale (g/dL)] x vol. plasmatico (0.8 x peso corporeo in Kg)

La dose totale così calcolata sarà somministrata in modo tale da non superare 0,5 g/Kg/die e velocità di infusione che non deve superare la velocità massima di 10 g/h.

N° FLACONI RICHIESTI : (50 ml AL 20%) (Può essere richiesto un quantitativo pari ad un giorno di trattamento)

N.B. La farmacia non consegnerà gli emoderivati se la richiesta non è correttamente compilata in tutte le sue parti nel rispetto delle indicazioni previste dalle linee guida adottate dalla nostra Azienda. Si raccomanda di conservare in cartella una copia della presente richiesta. Le richieste di albumina al di fuori delle indicazioni previste verranno restituite dalla Farmacia alla U.O. richiedente che potrà consultare il Servizio Trasfusionale di competenza per ulteriori chiarimenti.

Visto SIMT _____

Timbro e firma del medico richiedente _____

Parte riservata alla farmacia		
N. flaconi consegnati: _____	N. lotto _____	Il Farmacista _____