



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

Al Servizio Farmacia

RICHIESTA IMMUNOGLOBULINE I.V.

Data richiesta _____ Reparto _____

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

Si richiedono n° _____ flaconi di Immunoglobuline per uso I.V. (IVIG) da 100 ml al 5% per il
paziente: _____ nato il _____

Diagnosi _____

Flaconi da somministrare in _____ giorni

INDICAZIONI RACCOMANDATE (GURI n. 260 del 6/11/2002)

Contrassegnare con una X l'indicazione all'uso

<input type="checkbox"/>	Immunodeficienza primaria
<input type="checkbox"/>	Immunodeficienza secondaria
<input type="checkbox"/>	Bambini con AIDS
<input type="checkbox"/>	PTI o sindrome di Werlhof
<input type="checkbox"/>	Sindrome di Guillan-Barrè
<input type="checkbox"/>	Malattia di Kawasaki
<input type="checkbox"/>	Trattamento delle infezioni e profilassi della GvHD
<input type="checkbox"/>	Persistente deficit di sintesi di anticorpi

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

CONDIZIONI CLINICHE NELLE QUALI L'USO DELLE IVIG E' RIPIRTATO MA NON RACCOMANDATO

EMATOLOGIA		NEUROLOGIA	
<input type="checkbox"/>	Anemia emolitica autoimmune	<input type="checkbox"/>	Encefalomielite acuta disseminata
<input type="checkbox"/>	Aplasia pura della serie rossa	<input type="checkbox"/>	Epilessia intrattabile dell'infanzia
<input type="checkbox"/>	Malattia emolitica neonatale (MEN)	<input type="checkbox"/>	Miastenia grave
<input type="checkbox"/>	Neutropenia immunomediata	<input type="checkbox"/>	Neuropatia multifocale motoria
<input type="checkbox"/>	Porpora post-trasfusionale	<input type="checkbox"/>	Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica
<input type="checkbox"/>	Refrattarietà alla trasfusione piastrinica	<input type="checkbox"/>	Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/>	Trombocitopenia neonatale allo immune	<input type="checkbox"/>	Sindrome di Lambert-Eaton
MALATTIE INFETTIVE		<input type="checkbox"/>	Sindrome di Stiff-person
<input type="checkbox"/>	Profilassi per il CMV nel trapianto di organi solidi	REUMATOLOGIA	
TRAPIANTO RENALE		<input type="checkbox"/>	Dermatomiosite
<input type="checkbox"/>	Desensibilizzazione pre-trapianto	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistemico
		<input type="checkbox"/>	Vasculiti sistemiche

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 _____