

REGIONE DEL VENETO  
**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO (I.O.V.)**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**SCHEDA PER LA RICHIESTA DI ALBUMINA ALLA FARMACIA**

Da consegnare o inviare per fax ( 5836) alla Farmacia IOV

Richiesta N. _____		<b>spazio etichetta</b> (oppure compilare in stampatello)	
Data _____	Tel. _____	N°ricovero paziente	_____
Codice reparto	0 _ _ _ _ _ _	Cognome	_____
Descrizione reparto _____		Nome	_____
<input type="checkbox"/> A. Ricovero /DH		<input type="checkbox"/> B. Ambulatorio/A.integrato	

**INDICAZIONI** (da segnare e compilare se richiesto)

1. <input type="checkbox"/> RIPRISTINO VOLEMICO DOPO IMPIEGO DI PLASMA EXPANDERS	9. <input type="checkbox"/> CIRROSI EPATICA:
2. <input type="checkbox"/> SHOCK SETTICO IN FASE INIZIALE	a) ASCITE MASSIVA VOLUME PARACENTESI > 5 LITRI : VOLUME PARACENTESI ESEGUITA.....l
3. <input type="checkbox"/> USTIONI DOPO LE PRIME 24 ORE	b) SINDROME EPATORENALE : VALORE DI CREATININEMIA ..... $\mu$ mol/l
4. <input type="checkbox"/> PREPARAZIONE CIRCOLAZIONE EXTRACORPOREA	c) PERITONITE BATTERICA SPONTANEA: NUMERO DI LEUCOCITI POLIMORFONUCLEATI PRESENTI NELL'ASCITE.....elem/mm <sup>3</sup>
5. <input type="checkbox"/> FASE PERIOPERATORIA TRAPIANTO D'ORGANO	d) PAZIENTE CIRROTICO CON ALBUMINEMIA < 2.5g/dl IN ATTESA DI IMMINENTE INTERVENTO CHIRURGICO
6. <input type="checkbox"/> IPOPROTEINEMIA DOPO CHIRURGIA MAGGIORE: TIPO DI INTERVENTO.....	e) ASCITE NON RESPONSIVA AL TRATTAMENTO CON DIURETICI E NON ALTRIMENTI TRATTABILE: VALORE DELLA SODIEMIA.....mmol/l VALORE DELLA CREATININEMIA..... $\mu$ mol/l
7. <input type="checkbox"/> PAZIENTE ONCOLOGICO CON IPOALBUMINEMIA CON PROGRAMMA NOTO DI CHEMIOTERAPIA (ALBUMINEMIA.....g/dl del .....)	10. <input type="checkbox"/> EDEMA NEFROSICO NON RESPONSIVO AL TRATTAMENTO CON DIURETICI E/O CON IPOTENSIONE ; VALORE ALBUMINEMIA $\leq$ 2.5 g/dl
8. <input type="checkbox"/> PLASMAFERESI TERAPEUTICA	

DIAGNOSI.....  
.....

NUMERO FLACONI RICHIESTI ..... (prescrizione massima per tre giorni)

**IL MEDICO RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA**

Note:

QUANTITA' DA CONSEGNARE.....

IL FARMACISTA.....

## **PRESCRIZIONE TERRITORIALE DELL'ALBUMINA**

L'**Albumina** può essere prescritta a carico del Servizio Sanitario Nazionale (**fascia A**) solo secondo le indicazioni riportate nella **nota CUF n.15**:

In singole somministrazioni o in brevi cicli limitatamente alle indicazioni:

ipoalbuminemia con concentrazione plasmatica uguale o inferiore 2.5 g/dl, se associata a grave ritenzione idrosalina non responsiva ad un trattamento diuretico appropriato o dopo paracentesi con estrazione maggiore di 4 litri di liquido ascitico nella cirrosi.

Da non utilizzare come supporto nutrizionale in pazienti in terapia enterale o parenterale nei pazienti con enteropatie proteino-disperdenti, proteinuria da malnutrizione o malassorbimento.

Il trattamento con albumina è spesso soggetto ad un uso incongruo.

Le indicazioni di trattamento con albumina sono assai limitate nella pratica extraospedaliera ed hanno un costo elevato.

Registro USL riportando la diagnosi, l'indicazione alla somministrazione e il valore di albuminemia.

Qualora un Medico della Azienda debba prescrivere albumina ad un paziente in dimissione (prescrizione territoriale su ricettario regionale) è vincolato ad attenersi a quanto sopracitato e deve riportare sulla ricetta il numero della nota e controfirmarla.

**NOTA BENE: REVISIONE DELLA NOTA 15 CON PROVVEDIMENTO IN GU N. 7 DEL 10.1.01 SUPPLEM ORDINARIO N. 4**