

**MODULO DI RICHIESTA ALBUMINA UMANA**

Data \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_  
 Paziente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Albuminemia (g/dl) \_\_\_\_\_ (<2,5 g/dl) Protidemia totale (g/dl) \_\_\_\_\_ In data: \_\_\_\_\_

**USO INAPPROPRIATO DI ALBUMINA**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Albuminemia &gt; 2,5 g/dl</li> <li>• Malnutrizione, malassorbimento</li> <li>• Cicatrizzazione delle ferite</li> <li>• Ipoalbuminemia cronica in assenza di edemi e/o ipotensione acuta</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ischemia cerebrale (unica scelta: cristalloidi)</li> <li>• Dialisi (prima scelta: cristalloidi)</li> <li>• Mobilizzazione ascite</li> </ul> |
|---|--|

**INDICAZIONI ALL'USO DELL'ALBUMINA**

**PATOLOGIE ACUTE**

<input type="checkbox"/>	<b>Paracentesi</b>	<b>4 g di albumina /litro di liquido ascitico estratto, dopo paracentesi di volumi superiori ai 4 litri, in unica soluzione al termine della paracentesi.</b> Se il volume di liquido ascitico è minore, i cristalloidi sono la scelta corretta
<input type="checkbox"/>	<b>Ictero neonatale grave</b>	<b>Albumina non contemporaneamente a fototerapia e non prima della trasfusione di scambio</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Plasmaferesi</b>	<b>Albumina per scambio &gt; 20 ml/Kg in una seduta o &gt; 20 ml/Kg/sett. in sedute successive</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Interventi di chirurgia maggiore</b>	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: soluzioni di colloidii sintetici; <b>Uso albumina: quando i colloidii sintetici sono controindicati o se albuminemia &lt; 2 g/dl dopo la normalizzazione della volemia,</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ARDS Sindrome da insufficienza respiratoria nell'adulto</b>	<b>Albumina solo dopo normalizzazione della permeabilità dei capillari polmonari (uso profilattico può essere pericoloso).</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Shock emorragico</b>	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: soluzioni di colloidii sintetici. <b>L'Albumina, in genere controindicata, può essere usata solo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se necessaria una restrizione di sodio (albumina 20% diluita al 5% con glucosata al 5%)</li> <li>• se documentata sensibilizzazione ai colloidii sintetici.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Shock non emorragico (da alterazioni della distribuzione – Anasarca)</b>	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: colloidii sintetici in caso di edema polmonare e/o periferico ed in assenza di risposta dopo infusione di almeno 2 litri di cristalloidi. <b>Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloidii sintetici.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Ustioni</b>	1. scelta: soluzioni di cristalloidi; 2. scelta: associazioni di colloidii sintetici e cristalloidi solo se coesistono le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le ustioni interessano più del 50% della superficie corporea;</li> <li>▪ Sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni;</li> <li>▪ Il trattamento con cristalloidi non ha corretto l'ipovolemia.</li> </ul> <b>Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloidii sintetici.</b>
<b>PATOLOGIE CRONICHE</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Sindrome nefrosica grave</b>	<b>Albumina solo nei pazienti resistenti ai diuretici con albuminemia &lt; 2g/dl con ipovolemia e/o edema polmonare e/o insufficienza renale acuta.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cirrosi epatica avanzata</b>	<b>In pazienti con albuminemia &lt; 2g /dl, se non responsivi alla terapia diuretica: somministrazione intraospedaliera di 10 g/die di albumina eventualmente seguita da 20 g/sett in terapia domiciliare.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Altro (specificare)</b>	

Disponibili in Farmacia: CRISTALLOIDI → Ringer lattato (prima scelta), fisiologica, glucosata 5%;  
 COLLOIDI SINTETICI → Poligelina (Emagel), Idrossietilamido (Voluven)

**SI RICHIEDONO N. \_\_\_\_\_ FLACONI DI ALBUMINA 20% 50 ML**

**DOSE GIORNALIERA \_\_\_\_\_ DURATA PREVISTA TERAPIA \_\_\_\_\_**

**MEDICO RICHIEDENTE**

**SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA**

Richiesta pervenuta il \_\_\_\_\_ Consegnati n° \_\_\_\_\_ flaconi Lotto n° \_\_\_\_\_

Valutazione del R.A.Q. \_\_\_\_\_ Firma del R.A.Q. \_\_\_\_\_