



Azienda  
Unità Sanitaria Locale  
Latina

## RICHIESTA PERSONALIZZATA DI ALBUMINA (Inserire i dati richiesti e barrare l'indicazione)



**REGIONE  
LAZIO**

Data...../...../..... Unita Operativa..... Centro di costo .....  
 Cognome.....Nome.....data di nascita...../...../.....peso.....  
 Diagnosi.....Albuminemia.g/dl..... Protidemia.g/dl ..... (allegare copia  
 protidogramma o albuminemia ultime 24 h)

*La somministrazione di Albumina necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 01/09/95*

### INDICAZIONI PREVISTE DALLA NOTA AIFA 15 (A CARICO SSN)

<input type="checkbox"/> <b>Sindrome nefrosica</b> (con Albuminemia ≤ 2g/dl adulti ≤ 2,5 nei bambini)	<b>Albumina</b> da utilizzare come <b>seconda scelta</b> solo in caso di resistenza ai diuretici con ipovolemia e/o edema massivo e/o IRA
<input type="checkbox"/> <b>Sindrome protido disperdente enteropatica o da malassorbimento</b> (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	<b>Albumina</b> da utilizzare come <b>terza scelta</b> solo in pazienti con albuminemia < 2 gr/dl, diarrea da intolleranza alla nutrizione enterale con: volume di diarrea superiore a 2 lt/die, prosecuzione della diarrea anche con somministrazione di peptidi a catena corta e formulazioni minerali.
<input type="checkbox"/> <b>Paracentesi evacuativa</b>	<b>Cristalloidi</b> per volumi di liquido ascitico inferiori a 5 lt, <b>Albumina</b> nel caso di volumi di liquido ascitico uguali o superiori a 5 lt, alla dose di 8 g di Albumina/litro di liquido ascitico estratto (EASL 2010)
<input type="checkbox"/> <b>Cirrosi Ascitica</b> (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	<b>Albumina da</b> utilizzare come prima scelta nell'ascite grave "grade 3" (dose in ospedale di 12,5gr/die e dose domiciliare di 25 gr/settimana)

### INDICAZIONI PREVISTE DALLA NOTA AIFA 15 (A CARICO SSN)

<input type="checkbox"/> <b>Sindrome epato-renale di tipo I</b>	<b>Albumina</b> in associazione con farmaci vasocostrittori - terlipressina (Legge 648/96 - G. U. 29.04.2010 n. 99)
---	--

### INDICAZIONI NON PREVISTE DALLA NOTA AIFA 15 (A CARICO SSN)

<input type="checkbox"/> <b>Peritonite batterica spontanea</b>	<b>Albumina</b> da utilizzare come <b>prima scelta</b> in associazione con opportuna terapia antibiotica. Albumina: 1,5 g/kg di peso corporeo entro 6 ore dalla diagnosi e 1g/kg al terzo giorno (Level A2 EASL 2010)
<input type="checkbox"/> <b>Shock emorragico</b> (con Albuminemia ≤ 2,5 g/dl)	<b>Cristalloidi e colloid non proteici</b> come prima scelta, se inefficaci o in caso di controindicazione ai colloid non proteici come <b>seconda scelta Albumina</b>
<input type="checkbox"/> <b>Chirurgia maggiore</b> (con Albuminemia ≤ 2 g/dl)	<b>Cristalloidi e colloid non proteici</b> come <b>prima scelta</b> , <b>Albumina</b> solo se dopo normalizzazione della volemia l'albuminemia ≤ 2 g/dl
<input type="checkbox"/> <b>Trapianto di fegato</b> (con Albuminemia ≤ 2,5 g/dl)	<b>Albumina 20%</b> solo nel periodo post operatorio (24 – 48 ore)
<input type="checkbox"/> <b>Interventi di cardiocirurgia</b> (con Albuminemia ≤ 2,5 g/dl)	<b>Cristalloidi e colloid non proteici</b> come prima scelta; se inefficaci o in caso di controindicazione ai colloid non proteici come <b>seconda scelta Albumina</b> , sia nel periodo post operatorio sia per la <i>priming</i> dei circuiti per la circolazione extracorporea
<input type="checkbox"/> <b>Plasmaferesi terapeutica</b>	Albumina solo nello scambio di grandi volumi di plasma (> 20ml/Kg in unica seduta o >20 ml/Kg/settimana in sedute successive)

Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria per correggere i livelli plasmatici di Albumina  
**Dose (g) = [Albuminemia desiderata (2,5 g/dl)- Albuminemia attuale (x g/dl)] x (Kg x 0,8)**

**QUANTITÀ RICHIESTA (g) ..... NUMERO DI FLACONI ..... 20% 50ml**

**Timbro e firma del medico**

#### Parte riservata alla Farmacia

Si consegnano n°.....flaconi **20% 50ml** di.....Lotto .....Scadenza.....

Data...../...../.....IL FARMACISTA.....IL RICEVENTE .....