



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
FEDERICO II**

Allegato 1b

Indicazioni ospedaliere Extra NOTA AIFA N°15

Cognome e nome	Reparto e Centro di Costo
Data di Nascita	Cartella Clinica n.
TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA	
<input type="checkbox"/> Plasmaferesi: scambio di grandi volumi di plasma > 20 mL/Kg con albumina 5%	
<input type="checkbox"/> Sindrome epato- renale: in associazione con vasocostrittori (Albumina 1° giorno 1g/Kg/die e dal 2° giorno 20 – 40 g/die) Peso (kg): _____ Albumina _____ % n° flac totali: _____	
<input type="checkbox"/> Peritonite batterica spontanea: infusione di albumina al 20 – 25% (1°/2° giorno: 1,5g/Kg,-3° giorno: 1g/Kg) Peso (kg): _____ Albumina _____ % n° flac totali: _____	
<input type="checkbox"/> Ittero neonatale grave con severa ipoalbuminemia: solo dopo fototerapia ed exanguino-trasfusione	
<input type="checkbox"/> Trapianto di fegato: indicata nel post-operatorio del trapianto di fegato per il controllo dell'ascite e dell'edema periferica solo quando è presente una o più delle seguenti condizioni (max 24-48 h): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Albumina < 2,5 g/dl <input type="checkbox"/> Pressione nei capillari polmonari < a 12 mmHg <input type="checkbox"/> Htc > 30% 	
<input type="checkbox"/> Trapianto di cuore <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> VAD solo quando è presente una o più delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hb > 10g/dl <input type="checkbox"/> Ridotta PVC, PAP sistolica e media, pressione di incuneamento 	
<input type="checkbox"/> ADRS (Sindrome da distress respiratorio nell'adulto): in associazione con furosemide	
<input type="checkbox"/> Sepsi e shock settico (volume >30 ml/Kg)	
TRATTAMENTO DI SECONDA LINEA	
Solo dopo trattamento con:	
CRISTALLOIDI/COLLOIDI NON PROTEICI :	<input type="checkbox"/> SI Indicare quali _____ <input type="checkbox"/> NO Prosegue solo in caso di intolleranza documentata (allegare scheda ADR)
<input type="checkbox"/> Shock ipovolemico emorragico <input type="checkbox"/> Interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica > 40%, ampie resezioni intestinali) con albuminemia < 2,0 g/dl <input type="checkbox"/> Ustione Grave (> 30% della superficie corporea)e in caso di Ustione > 50% <input type="checkbox"/> Interventi di cardiocirurgia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CEC> 180 minuti <input type="checkbox"/> Bilancio idrico positivo > (Perf SCORE) <input type="checkbox"/> Evidenza di elevate pressioni polmonari o di riempimento ventricolare sinistro (ecocardiografia transesofagea o monitoraggio pressorio polmonare) 	
Albuminemia (g/dl) ___/___ Peso (Kg) _____ Albuminemia Desiderata (g/dl) _____	
Posologia giornaliera Albumina ___% n° flac _____ (durata terapia max 3 giorni)	

***Si allega referto di laboratorio**

Data _____

Firma e Timbro del Medico _____

A CURA DEL FARMACISTA

Si consegnano in data _____ n° flaconi _____ Lotto _____ Scadenza _____
 Firma farmacista _____ Durata terapia max 3 giorni.