



Comitato Buon Uso del Sangue – U.O.C. Medicina Trasfusionale – Farmacia Ospedaliera

RICHIESTA MOTIVATA PERSONALIZZATA IG EV

Scrivere in stampatello oppure apporre etichetta	Ospedale
Cognome <input type="text"/>	Reparto
Nome <input type="text"/>	Medico richiedente
Nato/a il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso (kg) _____	Tel.

SI RICHIEDONO

<input type="checkbox"/> IGVENA 2.5 G N° _____ FLACONI
<input type="checkbox"/> IGVENA 5 G N° _____ FLACONI
<input type="checkbox"/> IGVENA 10 G N° _____ FLACONI

Posologia giornaliera prevista (g/die) _____	Giorni di trattamento _____	Dose totale per intero ciclo (grammi) _____
---	------------------------------------	--

Data _____	IL MEDICO RICHIEDENTE (Firma e timbro) _____
-------------------	---

La normativa che regola l'uso dei medicinali indica che il medico, nel prescrivere un farmaco, deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), in quanto tali modalità sono state valutate nella fase di sperimentazione del medicinale.

INDICAZIONI AUTORIZZATE AIFA (DA SCHEDA TECNICA) SUDDIVISE PER PATOLOGIA (barrare la casella corrispondente)

Patologia	Dosaggio / Durata somministrazione / Note	GDR
Immunodeficienze primitive umorali o combinate <ul style="list-style-type: none">o Immunodeficienza comune variabileo Agammaglobulinemia X-recessiva Immunodeficienza grave combinata	Dose iniziale: 0,4-0,8 g/Kg Dose di mantenimento: 0,2-0,8 mg/Kg Frequenza somministrazione: ogni 2 – 4 settimane per ottenere livelli base di IgG di almeno 4 – 6 g/L	1A
Immunodeficienze secondarie in: <ul style="list-style-type: none">o -Pazienti non trapiantati, sottoposti a chemioterapia o trattati con Rituximabo -Neoplasie con deficit anticorpaleo -Ustioni esteseo -Grandi traumatismio -Enteropatie protidodisperdenti con ipogammaglobulinemiao Bambini con AIDS	Dosaggio: 0,2-0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: ogni 3 – 4 settimane per ottenere livelli base di IgG di almeno 4 – 6 g/L	1A
<ul style="list-style-type: none">o Prematurità (neonato di basso peso alla nascita <1500 gr) o in presenza di gravi infezioni)	Dosaggio: 0,2-0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: ogni 3 – 4 settimane Profalassi di infezioni	2C+
<ul style="list-style-type: none">o Porpora Trombocitopenica Idiopatica, in pazienti sintomaticio S. Werlhofo Piastrinopenia autoimmune	Dosaggio: 0,8-1 g/Kg Frequenza somministrazione: al giorno 1 e ripetizione somministrazione entro 3 giorni oppure Dosaggio: 0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: x 2 - 5 giorni	1A
<ul style="list-style-type: none">o Sindrome di Guillain Barré	Dosaggio: 0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: x 3-7 giorni (Eventualmente in alternativa al plasma-exchange)	1A
<ul style="list-style-type: none">o Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica	Dosaggio: 0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: x 5 giorni (in alternativa al plasma-exchange) in fase acuta di malattia Eventualmente ripetuti ogni 4 settimane nel trattamento cronico	1A 2C
INDICAZIONE MONITORATA AIFA mediante Registro monitoraggio web based <ul style="list-style-type: none">o Malattia di Kawasaki	Dosaggio: 2g/Kg in dose unica in associazione con aspirina oppure Dosaggio: 1,6-2 g/Kg in dosi suddivise in 2-5 giorni in associazione con aspirina	1A
<ul style="list-style-type: none">o Trapianto di MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO / CSE per trattamento delle infezioni e profilassi della GvHDo Persistente deficit anticorpale	Dosaggio: 0,5 g/Kg ogni settimana da 7 giorni prima del trapianto fino a 3 mesi dopo trapianto; Se persiste deficit produzione anticorpale Dosaggio: 0,5 g/Kg ogni 4 settimane fino a documentata ricostituzione del sistema immunitario.	2C

Riservato alla Farmacia

Si consegnano in data _____ alle ore _____ N° flaconi _____

Lotto _____ Scadenza _____

Firma per ricevuta _____ Il Farmacista _____

Motivo della mancata evasione

Per dosaggio, modalità di infusione, effetti collaterali vedi linee guida “buon uso del sangue ed emoderivati”

L’infusione di emoderivati prevede l’acquisizione del consenso informato ai sensi della normativa vigente e la registrazione in cartella trasfusionale del n° di lotto e della scadenza del prodotto (DPR 1 settembre 1994 art. 4)

I flaconi non utilizzati per il paziente indicato devono essere restituiti alla Farmacia Ospedaliera per ottemperare alla necessità di tracciabilità degli emocomponenti prevista dalla normativa vigente.