

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 _____		Reparto																				
Nome _____		Medico Richiedente																				
Nato/a il _____																						
Cod. Fisc. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						Data
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso (KG) _____		Tel.																				

SI RICHIEDONO :

<input type="checkbox"/> IG EV 2,5 G N° _____ FLACONI
<input type="checkbox"/> IG EV 5 G N° _____ FLACONI
<input type="checkbox"/> IG EV 10 G N° _____ FLACONI

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

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

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
<input type="checkbox"/> Immunodeficienze primitive umorali o combinate o Immunodeficienza comune variabile o 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	1 A
<input type="checkbox"/> Immunodeficienze secondarie in: o -Pazienti non trapiantati, sottoposti a chemioterapia o trattati con Rituximab o -Neoplasie con deficit anticorpale o -Ustioni estese o -Grandi traumatismi o -Enteropatie protidodisperdenti con ipogammaglobulinemia o 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	1 A
<input type="checkbox"/> 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 Proflassi di infezioni	2 C+
<input type="checkbox"/> Prematurità (neonato di basso peso alla nascita <1500 gr) o in presenza di gravi infezioni)	Dosaggio: 0,4-0,7 g/Kg in 1-7 somministrazioni	
<input type="checkbox"/> Porpora Trombocitopenica Idiopatica, in pazienti sintomatici o S. Werlhof o Piastrinopenia autoimmune	Dosaggio: 0,8-1 g/Kg Frequenza somministrazione: al giorno 1 e ripetizione somministrazione entro 3 giorni <i>oppure</i> Dosaggio: 0,4 g/Kg Frequenza somministrazione: x 2 - 5 giorni	1 A
<input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain Barré	Dosaggio: 0,4 g /Kg Frequenza somministrazione: x 3-7 giorni (Eventualmente in alternativa al plasma-exchange)	1 A
<input type="checkbox"/> Polineuropatia demielinizante infiammatoria cronica INDICAZIONE MONITORATA AIFA mediante Registro monitoraggio web based	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	1 A 2 C
<input type="checkbox"/> Malattia di Kawasaki	Dosaggio: 2g/Kg in dose unica in associazione con aspirina <i>oppure</i> Dosaggio: 1,6-2 g/Kg in dosi suddivise in 2-5 giorni in associazione con aspirina	1 A
<input type="checkbox"/> Trapianto di MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO / CSE per trattamento delle infezioni e profilassi della GvHD o 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.	2 C

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.