

ALL.032 - MODULO PER RICHIESTA DI ALBUMINA AL SIMT

Paziente: _____ Nato il: ____/____/____ a _____

Reparto: _____ C.d.C.: _____ Data richiesta _____

INDICAZIONI ALL'USO DELL'ALBUMINA

Inserire i dati richiesti e sbarrare l'indicazione appropriata

Albuminemia (g/dl) <2,5 g/dl) Protidemia totale (g/dl) (<5 g/dl)

INDICAZIONI **INAPPROPRIATE** ALL'USO DELL'ALBUMINA

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

INDICAZIONI **APPROPRIATE** ALL'USO DELL'ALBUMINA

INDICAZIONE	LINEE GUIDA PER L'USO DI ALBUMINA
<input type="checkbox"/> Ittero neonat. Grave A01	Albumina non in associazione a fototerapia; ovviamente non prima di ev. exsanguino trasf.
<input type="checkbox"/> Plasma-exchange A02	Albumina per scambio > 20 ml/Kg in una seduta o > 20 ml/Kg/sett. In sedute successive
<input type="checkbox"/> Shock emorragico A03	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi; <u>2. scelta:</u> soluzioni di colloid non proteici. L'Albumina, in genere controindicata, può essere usata solo: <ul style="list-style-type: none"> • se necessaria una restriz. di Na (albumina al 20% diluita al 5% con soluz. glucosata) • se documentata sensibilizzazione ai colloid non proteici.
<input type="checkbox"/> Shock non emorragico da alterazioni della distribuzione A03	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi; <u>2. scelta:</u> colloid non proteici in caso di edema polmonare e/o periferico ed in assenza di risposta dopo infusione di almeno 2 litri di cristalloidi. Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloid non proteici.
<input type="checkbox"/> ARDS A04	Albumina solo dopo normalizzazione della permeabilità dei capillari polmonari (uso profilattico può essere pericoloso). Obiettivo: albuminemia ≥ 2 g/dl; protidemia ≥ 3,5 g/dl.
<input type="checkbox"/> Interventi di chirurgia maggiore A05	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi; <u>2. scelta:</u> soluzioni di colloid non proteici; è sconsigliato l'uso immediato post-intervento di albumina. Unica indicaz. uso albumina: albuminemia < 2 g/dl dopo normalizzaz. della volemia.
<input type="checkbox"/> Ustioni A06	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi; <u>2. scelta:</u> associazioni di colloid non proteici solo se coesistono le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le ustioni interessano più del 50% della superficie corporea; ▪ Sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni; ▪ Il trattamento con cristalloidi non ha corretto l'ipovolemia. Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloid non proteici.
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia A05	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi; possibile associaz. Con colloid non proteici in caso di rischio di edema polmonare e/o sistem. Albumina solo se documentata sensibilizzazione ai colloid non proteici.
<input type="checkbox"/> Trapianto d'organo A05	<u>1. scelta:</u> soluzioni di cristalloidi. Albumina utile solo nel postoperatorio del trap. di fegato per il controllo dell'ascite e dell'edema perif. Solo nella seguente condizione : albuminemia < 2,5 g/dl con Ht > 30%.
<input type="checkbox"/> Paracentesi A07	<u>1. scelta:</u> 4 g di albumina /litro di liquido ascitico estratto, dopo paracentesi di volumi superiori ai 4 litri, in unica soluzione al termine della paracentesi.
<input type="checkbox"/> Cirrosi epatica ascetica A08	Albumina generalmente inefficace In pazienti con albuminemia < 2g /dl, se non responsivi alla ter. diuretica: somministraz. Intraospedal. di 12,5 g/die di albumina event. seguita da 25g/sett. in terapia domiciliare.
<input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica A09	Albumia solo nei paz.ti con albuminemia < 2g/dl con ipovolemia e/o edema polmonare.
<input type="checkbox"/> Altro A99	

Numero di flaconi richiesti: da 50 ml (20%) _____ Firma del Medico richiedente _____

Numero di flaconi consegnati _____ Firma per ricevuta _____