

U.O. FARMACIA HFA HFA	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO	MODAZHFA_0047		
	Richiesta motivata Antitrombina	Rev. 0	Data 08/08/2024	Pag 1 di 1

U.O.: _____ CDC _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita: __/__/__

Peso _____ Dosaggio antitrombina _____ eseguito in data _____

INDICAZIONE	INDICAZIONI ALL'USO APPROPRIATO DI ANTITROMBINA (da barrare)
DEFICIT CONGENITO	<input type="checkbox"/> PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO <input type="checkbox"/> TERAPIA DEL TROMBOEMBOLISMO verranno erogati 2 gg di terapia, quindi eventuale nuova richiesta
DEFICIT ACQUISITO	<input type="checkbox"/> CID (a fenotipo non emorragico)
	<input type="checkbox"/> SEPSI SEVERA
	RESISTENZA ALLA TERAPIA CON EPARINA <input type="checkbox"/> dose eparina > 35.000 UI/die e target non raggiunto (ACT o APTT o anti-X: sufficiente 1 tra i 3 valori indicati, in base al monitoraggio scelto) <input type="checkbox"/> dose eparina > 30 UI/kg/ora e target non raggiunto (ACT o APTT o anti-X: sufficiente 1 solo tra i 3 valori indicati, in base al monitoraggio scelto)
	<input type="checkbox"/> in corso di trattamento con asparaginasi

Formula per il dosaggio di Antitrombina III:

U.I. da infondere = (% desiderata - % effettiva attuale) x Kg di peso corporeo x fattore di correzione

RICHIESTA GIORNALIERA DI ANTITROMBINA (<70%)

valore relativo al dosaggio effettuato non oltre le 24 ore precedenti

Posologia n. _____ flaconi/die.

Numero totale di confezioni richieste: _____

Si ricorda che è possibile richiedere l'antitrombina solo per la copertura di due giorni di terapia.

Data __/__/__

Timbro e firma del medico richiedente _____

Redatto UO	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
---------------	-------------------------	-----------------------------