



Co.B.U.S.  
Azienda Ospedaliero – Universitaria  
Policlinico “G.Rodolico – San Marco”  
Catania

## AL SERVIZIO FARMACIA

**RICHIESTA ANTITROMBINA**      ☐ **flaconi da 1000 UI**      ☐ **flaconi da 500 UI**

Presidio _____	Unità Operativa _____	cod. centro di costo _____
Cognome e Nome paziente _____		data di nascita ____/____/____
Antitrombina % _____ (<70%) Eseguita in data ____/____/____		

### Indicazioni (contrassegnare con una X l'indicazione all'uso)

<input type="checkbox"/>	Deficit congenito: profilassi della trombosi venosa profonda e del tromboembolismo in situazioni di alto rischio (interventi di chirurgia maggiore, parto, aborto, traumi, immobilizzazione)
<input type="checkbox"/>	Deficit congenito: Trattamento di manifestazioni trombotiche in atto
<input type="checkbox"/>	Deficit acquisito: CID associata a sepsi severa
<input type="checkbox"/>	Coagulopatia acuta con deficit di ATIII nei pz. in trattamento extracorporeo in associazione con eparina
<input type="checkbox"/>	Profilassi della trombosi venosa profonda e del tromboembolismo in situazioni di rischio clinico (specialmente in caso di interventi chirurgici o durante il periodo del parto) in associazione con eparina quando indicato.

Le raccomandazioni sono in linea con il regolamento aziendale "Indicazione all'uso degli emocomponenti e emoderivati" approvato dal CoBUS

Formula per il calcolo di U.I. di AT da infondere <b>Unità di AT da infondere=peso corporeo (Kg) x (livello desiderato-attività dosata)/1,5</b> Esempio: 60kg x (100%-38%)/1.5= 2.480 UI La dose e il timing delle successive somministrazioni solo legate al monitoraggio dell'attività plasmatica dell'AT ogni 12-48 ore.
--

L'uso di AT non è generalmente indicato (non vi sono prove di efficacia clinica) anche in presenza di livelli di AT decisamente inferiori alla norma, come nelle condizioni di carenza cronica non scompensata quali: epatopatia acuta o cronica, sindrome nefrosica, enteropatia proteino-disperdente, pre-eclampsia, sindrome da distress respiratorio neonatale, politrauma e post-operatorio in assenza di CID

**N° FLACONI RICHIESTI:** \_\_\_\_\_ **da 1000 UI**      \_\_\_\_\_ **da 500UI**

Cognome e nome del medico richiedente \_\_\_\_\_ (leggibile) tel. \_\_\_\_\_

Firma del medico richiedente \_\_\_\_\_

<b>RISERVATO ALLA FARMACIA</b>		
Codice prodotto _____	Lotto _____	Ditta _____
Data Consegna _____	Per Ricevuta _____	
Il Farmacista _____		