



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

Unità di AT da infondere=peso corporeo (Kg) x (livello desiderato-attività dosata)/1,5

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 _____

RISERVATO ALLA FARMACIA

Codice prodotto _____ **Lotto** _____ **Ditta** _____

Data Consegnna _____ **Per Ricevuta** _____

Il Farmacista _____