

RICHIESTA ANTITROMBINA

rev 0.0 2023

U.O. _____ Data richiesta _____
 Iniziali Paziente _____ Data di Nascita _____ Peso corporeo _____ kg

Per la posologia si prega di far riferimento alle indicazioni contenute sul Manuale del Buon Uso del Sangue

DEFICIT CONGENITO DI AT	
<input type="checkbox"/> Profilassi TVP o tromboembolismo in caso di interventi di chirurgia maggiore, procedure ostetriche (parto o aborto), traumi, immobilizzazione sempre in associazione con terapia eparinica	<input type="checkbox"/> Trattamento delle manifestazioni trombotiche in atto, fino al raggiungimento del livello di anticoagulazione orale indicato
DEFICIT ACQUISITO DI AT	
<input type="checkbox"/> CID associata a trauma, ustioni, gravidanza	<input type="checkbox"/> Neonati da madri carenti o con storia familiare di tromboembolismo venoso severo
<input type="checkbox"/> Trombosi con bassi livelli di AT e resistenza all'eparina	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo acuto in corso di terapia con L- asparaginasi
<input type="checkbox"/> Circolazione extracorporea	<input type="checkbox"/> Trombosi vena epatica post trapianto ortotopico di fegato
<input type="checkbox"/> Malattia vena occlusiva post trapianto di midollo	
ALTRE CONDIZIONI CLINICHE	
Le richieste di antitrombina per indicazioni non presenti in questo modulo vanno effettuate utilizzando modulo richiesta motivata per paziente allegando relazione clinica e/o letteratura scientifica che supporta l'utilizzo (GURS 24/12/2009). Tali richieste saranno esaminate dal Comitato Buon Uso del Sangue	

È stato ottenuto il consenso informato in forma scritta? (Art. 11 DM 03/03/2005) SI NO

Data esami _____ Valore AT% _____ Numero flaconi richiesti _____
 Valore AT desiderato% _____ Dose/die* _____

Data precedente somministrazione _____ Numero flaconi somministrati _____ Valore AT% _____

* Dose UI= peso corporeo in Kg x [livello desiderato – attività dosata%] / 1.5

Firma e timbro Medico richiedente _____

Data erogazione _____ (massimo per 2 giorni) Numero flaconi erogati _____ Firma Farmacista _____