

RICHIESTA IMMUNOGLOBULINE

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 PRIMITIVI – UMORALI (valore IgG < 5 g/L)	
<input type="checkbox"/> agammaglobulinemia legata al cromosoma X	<input type="checkbox"/> Immunodeficienza comune variabile
<input type="checkbox"/> Immunodeficienza con iper- IgM	<input type="checkbox"/> Ipogammaglobulinemia transitoria dell'infanzia
<input type="checkbox"/> Deficit delle sottoclassi IgG (con o senza deficit di IgA)	
DEFICIT PRIMITIVI – IMMUNODEFICIENZE COMBINATE (valore IgG < 5 g/L)	
<input type="checkbox"/> Immunodeficienza grave combinata	<input type="checkbox"/> Sindrome di Wiskott- Aldrich
<input type="checkbox"/> Atassia – teleangectasia	<input type="checkbox"/> Nanismo ad arti corti
<input type="checkbox"/> Disordine linfoproliferativo legato al cromosoma X	
DEFICIT SECONDARI	
<input type="checkbox"/> Malattie linfoproliferative con deficit anticorpale (mieloma multiplo, leucemia linfatica cronica, linfoma non Hodgkin)	<input type="checkbox"/> Sindrome da immunodeficienza acquisita nell'infanzia
<input type="checkbox"/> Trapianto di midollo osseo allogenico	<input type="checkbox"/> Prematurità
IMMUNOMODULAZIONE	
<input type="checkbox"/> PTI, solo in caso di fallimento di altre terapie farmacologiche ad eccezione di episodi acuti associati a manifestazioni emorragiche o nei casi di intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Malattia di Kawasaki
<input type="checkbox"/> Malattia di Guillain- Barré	
ALTRE CONDIZIONI CLINICHE	
Le richieste di albumina per indicazioni non presenti in questo modulo vanno effettuate utilizzando modulo richiesta motivata per paziente allegando relazione clinica e/o letteratura scientifica che ne supporta l'utilizzo (GURS 24/12/2009). Tali richieste saranno esaminate dal Comitato Buon Uso del Sangue. Saranno erogate e/o valutate esclusivamente richieste complete in ogni loro parte.	

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

Data esami _____	Valore IgG g/L _____	Numero flaconi richiesti _____
Valore IgG desiderato g/L _____	Dose/die* _____	
Data precedente somministrazione _____	Numero flaconi somministrati _____	Valore IgG g/L _____

Firma e timbro Medico richiedente _____

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