

## 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 \_\_\_\_\_