

U.O. MEDICINA

Cod. _____

Data _____ **Paziente (iniziali)** _____

N° cartella clinica _____

Infezione diagnosticata _____

Si richiede il seguente farmaco:

Gruppo chimico	Principio attivo	Nome commerciale	n. fl / conf	Costo unitario (S/IVA)	Richiesta n. fl
ATC J01AA12 Tetracicline	TIGECICLINA	TYGACIL	10 fl 5 ml	50 mg fl EV = 49,14 €	
J01DH02 Carbapenemi	MEROPENEM	MEROPENEM	10 fl polvere	500 mg fl EV=2,495	
ATC J01XX08 Oxazolidinoni	LINEZOLID	ZYVOXID	10 sacche 300 ml	2 mg/ml fl EV = 55,39 €	
ATC J01XX09 Lipopeptidi	DAPTOMICINA	CUBICIN	1 fl polvere	500 mg EV = 102,5 € <i>350 mg polv.EV</i>	
ATC J01XA02 Glicopeptidi	TEICOPLANINA	TARGOSID	1 fl polvere	200 mg fl EV= 18,92 400 mg fl EV= 37,82	
ATC J02AC03 Der. Triazolici	VORICONAZOLO	VFEND	1 fl polv	200 mg fl EV = 112,41 €	
ATC J02AX04 Echinocandine	CASPOFUNGIN	CANCIDAS	1 fl 10 ml	50 mg fl EV = 401,19€	
			1 fl 10 ml	70 mg fl EV = 510,31€	
ATC J02AX06 Antimicotici sistemici	ANIDULAFUNGIN	ECALTA	1 fl 30 ml+ solv	100 mg fl EV = 322,11 €	
ATC J02AX06 Antimicotici sistemici	AMFOTERICINA B	AMBISONE	10 FLACONCINI	50mg fl EV= 131,97 €	
ATC J02AX06 Antimicotici sistemici	MICAfungin	MYCAMINE	1 fl polvere	50 mg fl EV= 182,760 €	
			100 MG fl EV=365,51 €		

Forma farmaceutica _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento _____ N° fiale richieste _____

(trattamento massimo 6 giorni di terapia, nella necessità di proseguire il trattamento ripetere la richiesta)

Utilizzo del farmaco per:

<input type="checkbox"/>	TERAPIA MIRATA (ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA)
<input type="checkbox"/>	TERAPIA EMPIRICA-RAGIONATA
<input type="checkbox"/>	CONSULENZA INFETTIVOLOGICA

Il Medico richiedente

(timbro e firma)

Il Farmacista richiedente

(timbro e firma)

Regione Marche - Azienda Ospedali Riuniti di Ancona
RICHIESTA GIORNALIERA DI ALBUMINA

Rev. 02/2012

La somministrazione di albumina necessita di Consenso Informato ai sensi della normativa vigente

→ DA INVIARE ALLA FARMACIA

➤ Inserire i dati richiesti:

Paziente..... data di nascita ___/___/___ Cartella Clinica:..... U.O.:.....	Protidemia totale (g/dL)..... (<5g/dL) data esame ___/___/___ Albumina* (<2g/dL) data esame ___/___/___ <i>*se non si ha l'albuminemia, albumina= % nel quadro elettroforetico x protidemia / 100</i> NOTE CLINICHE:
--	--

➤ selezionare l'indicazione per la prescrizione: **Patologie acute**

<input type="checkbox"/> Ittero neonatale grave	Albumina non in associazione a fototerapia; mai prima di exanguino-trasfusione.
<input type="checkbox"/> Plasma-exchange	Albumina per scambi >20ml/kg in una seduta o >20 ml/kg/sett. in sedute successive
<input type="checkbox"/> Shock emorragico	1 ^a scelta: sol. cristalloidi; 2 ^a scelta: sol. colloidi non proteici. L'albumina, in genere controindicata, può essere usata se: ◎ 1) necessaria restrizione di Na ⁺ (albumina al 20% diluita al 5% con sol. glucosata); ◎ 2) c'è documentata sensibilizzazione ai colloidi non proteici.
<input type="checkbox"/> Shock non emorragico	1 ^a scelta: sol. cristalloidi; 2 ^a scelta: sol. colloidi non proteici in caso di edema polmonare e/o periferico ed in assenza di risposta dopo infusione di almeno 2 L di sol. cristalloidi. ◎ 1) Albumina indicata solo se documentata sensibilizzazione ai colloidi non proteici.
<input type="checkbox"/> ARDS	Albumina solo dopo normalizzazione della permeabilità dei capillari polmonari (l'uso profilattico può essere pericoloso). Obiettivo: albuminemia >=2g/dL; protidemia >=3,5 g/dL.
<input type="checkbox"/> Interventi chirurgia maggiore: resezione epatica >40%; ampie resezioni intestinali	Valutare la necessità di un supporto nutrizionale negli interventi programmati. 1 ^a scelta: sol. cristalloidi; 2 ^a scelta: sol. colloidi non proteici; sconsigliato l'uso immediato post-intervento di albumina. Unica indicazione: ◎ 1) albuminemia < 2g/dL dopo normalizzazione della volemia.
<input type="checkbox"/> Ustioni	1 ^a scelta: sol. cristalloidi; 2 ^a scelta: associazione di sol. cristalloidi e sol. colloidi non proteici se coesistono le seguenti condizioni:a)le ustioni interessano più del 50% della superficie corporea;b)sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni;c) il trattamento con cristalloidi non ha corretto l'ipovolemia. ◎ 1) Albumina indicata solo se documentata sensibilizzazione ai colloidi non proteici.
<input type="checkbox"/> Paracentesi	Valutare la necessità di un supporto nutrizionale. 4-8 g. di albumina per L di liquido ascitico rimosso, dopo paracentesi di volumi superiori ai 4 L in una unica soluzione al termine della paracentesi.
<input type="checkbox"/> Pancreatite necrotizzante grave:	l'albumina è inappropriata se la pancreatite è non complicata.
<input type="checkbox"/> Emodiluizione acuta da CEC in paziente di età neonatale e pediatrica	
<input type="checkbox"/> Trattamento ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation) quando i colloidi risultano inadeguati	
<input type="checkbox"/> Manipolazione e criopreservazione di cellule staminali emopoietiche	

Patologie croniche

<input type="checkbox"/> malassorbimento (intestino corto post-chirurgico o da proteino-disperzione)	In accordo con quanto specificato nella Nota 15 AIFA
<input type="checkbox"/> Cirrosi epatica ascitica	Valutare la necessità di un supporto nutrizionale. Uso appropriato solo se:◎ 1) paziente non responsivo alla terapia diuretica e albuminemia <2g/dL. In tal caso somministrare 12,5 g/die di albumina seguita da 25 g/settimana.
<input type="checkbox"/> Sindrome epato-renale da cirrosi (o da insufficienza acuta multiorgano)	L'uso di albumina è appropriato se in associazione a vasocostrittori.
<input type="checkbox"/> Cirrosi con peritonite batterica spontanea (liquido ascitico + positività per un ceppo batterico)	L'espansione plasmatica previene l'insufficienza renale, schema: 1,5g/Kg alla diagnosi e 1 g/Kg in terza giornata (associare terapia antibatterica).
<input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica	Valutare la necessità di un supporto nutrizionale. Uso appropriato solo se: ◎ 1)albumina <2g/dL , con ipovolemia e/o edema polmonare.

data della richiesta: ___/___/___	Dose giornaliera: <input style="width: 50px;" type="text" value="aaa"/> N° flaconi da 50 ml.(20%) richiesti	N° flaconi consegnati <input style="width: 50px;" type="text" value="aaa"/>
→ Timbro e firma del medico.....		→ Il farmacista.....

Formula per il dosaggio di albumina:

Dose (in g)= [albuminemia desiderata (g/L) – albuminemia attuale (g/L)] x volume plasmatico (0,04 L/Kg) x 2

Dose (in g)= [protidemia desiderata (g/L) – protidemia attuale (g/L)] x volume plasmatico (0,04 L/Kg) x 2

oppure

L' U.O. _____ codice _____

RICHIEDE:

DESCRIZIONE	DOSAGGIO	N° FIALE RICHIESTE	N° FIALE CONSEGNATE	LOTTO SCADENZA
Potassio cloruro 10ml fl	2 mEq/ml			
Potsassio aspartato 10ml fl	1 mEq/ml			
Potsassio aspartato 10ml fl	3 mEq/ml			

**DILUIRE PRIMA DELL'USO
MORTALE SE INFUSO NON DILUITO**

Il Coordinatore di reparto si impegna a conservare in luogo separato (armadio, cassetto, contenitore) le soluzioni di potassio richieste. Il contenitore è contrassegnato dalla segnalazione:

"DILUIRE PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE: MORTALE SE INFUSO NON DILUITO" .

Il Coordinatore si impegna a vigilare, per quanto di sua competenza, sul rispetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute di cui alla DGPROG/3.10580 del 21.04.2005 e Rev. 01.03.2008.

Data _____

Coordinatore del Reparto



REGIONE MARCHE

Modulo di richiesta per IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA
REVISIONE N. 2 - SETTEMBRE 2009

Il sottoscritto Dr/Prof.....

Struttura di appartenenza.....

Chiede la fornitura di Immunoglobuline ev

Dose/die.....N° flaconi richiesti.....

Prima richiesta; Proseguimento

Richiesta: urgente; non urgente.....

REGIME ASSISTENZIALE DI SOMM. : RICOVERO ORDINARIO; DH; AMBULATORIALE

DATI DEL PAZIENTE

Nome

Cod Fiscale.....

ASL/ASUR-ZT.....

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

USO REGISTRATO per la patologia → Tale uso non richiede l' autorizzazione preventiva alla fornitura.

- Immunodeficienza primaria;
- Mieloma o leucemia linfocitica cronica con ipogammaglobulinemia secondaria grave e infezioni ricorrenti;
- Porpora trombocitopenia idiopatica (PTI) in bambini o adulti ad alto rischio di emorragie o prima di interventi chirurgici per correggere la conta piastrinica;
- Malattia di Kawasaki;
- Sindrome di Guillain Barrè;
- Trapianto di midollo osseo allogenico, cioè non proveniente dallo stesso individuo;
- Terapia di supporto di gravi infezioni batteriche in aggiunta alla terapia antibiotica: terapia sostitutiva in pazienti immunocompromessi.

USO OFF LABEL → questo uso richiede un' autorizzazione preventiva ad effettuare la fornitura.

specificare la patologia.....

- mancata risposta al trattamento con altro farmaco registrato per la patologia specifica, se si specificare quali farmaci.....
- controindicazione all'uso di altro/i farmaco/i registrato/i per la patologia specifica, se si specificare:
- altro.....

DICHIARA: che il trattamento è indispensabile ed insostituibile per la patologia sopraesposta;
che la sua somministrazione avverrà sotto la propria personale responsabilità;
non è sostituibile per il successo terapeutico da altri farmaci registrati per la patologia;
di aver acquisito il consenso informato del paziente secondo le modalità di legge.

Data...../...../.....

Firma e timbro

SPAZIO RISERVATO ALLA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA

La farmacia autorizza autonomamente* la fornitura di N fiale di Ig ev;

Data Il Farmacista.....

Note della Farmacia.....

La farmacia consulta la Commissione preposta** che esprime il seguente parere alla richiesta:

• NON favorevole; • SI, favorevole → per la fornitura di N fiale di Ig ev

Valutata in data.....Note della Commissione.....

* negli usi registrati in scheda tecnica; ** nei casi off label, specialmente per le indicazioni blu e grigie del documento di indirizzo regionale.

Come da consulenza di.....
Dell'U.O.....
(specificare Azienda Sanitaria di Provenienza)

RICHIESTA GIORNALIERA DI ANTITROMBINA III

La somministrazione di Antitrombina III necessita di Consenso Informato ai sensi del D.M. 1.9.1995

DA INVIARE AL SERVIZIO DI FARMACIA OSPEDALIERO

➤ *Inserire i dati richiesti:*

Paziente	Attività Antitrombina III (%)
data di nascita ___/___/___	data esame ___/___/___
U.O.:	NOTE
Specialità:	CLINICHE:

➤ *selezionare l'indicazione per la prescrizione:*

Attività Antitrombina III < 70%	<input type="checkbox"/> Carenza in corso di intervento chirurgico
	<input type="checkbox"/> Carenza da parto
	<input type="checkbox"/> Carenza da gravidanza
	<input type="checkbox"/> Carenza da CID
	<input type="checkbox"/> Trombosi nei pazienti con sindrome nefrosica
	<input type="checkbox"/> Interventi chirurgici in pazienti con grave insufficienza epatica

Formula per il dosaggio di Antitrombina IIIa: U.I. da infondere = (% da ottenere - % basale) x Kg di peso corporeo

Linee Guida Aziendali per l'utilizzo dell'Antitrombina III, a cura del Prof. Paolo Pelaia, giugno 1998

data della richiesta: ___/___/___ Dose giornaliera: U.I. di AT da infondere

N° flaconi **consegnati**

➔ *Timbro e firma del medico*.....

➔ Il farmacista.....

Data.....

Il presente documento va trasmesso alla Segreteria del PTOAV2, unitamente alla documentazione scientifica ed una relazione che illustri le motivazioni cliniche e/o le particolari condizioni che giustificano la richiesta

La scheda in oggetto va compilata dal Direttore dell'Unità Operativa Complessa e controfirmata dal Direttore del Dipartimento Assistenziale di riferimento.

La scelta del tipo di risposta va motivata nell'apposito spazio.

E' necessario inoltre presentare la letteratura internazionale di riferimento al farmaco oggetto della richiesta.

LA RICHIESTA NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE SE INCOMPLETA O CARENTE DELLA DOCUMENTAZIONE

Unità Operativa.....Cod.....

Denominazione comune farmacologica	Nome commerciale	Gruppo terapeutico	Forma farmaceutica	Indicazioni
L'inclusione nel PTO viene richiesta IN SOSTITUZIONE DI:				
Denominazione comune farmacologica	Nome commerciale	Gruppo terapeutico	Forma farmaceutica	Indicazioni

1. E' una nuova molecola o agente terapeutico di provata efficacia per una patologia per la quale non esiste altro farmaco disponibile? [SI] [NO]
2. E' un farmaco il cui rapporto rischio-beneficio può migliorare il trattamento di una malattia rispetto a farmaci già esistenti in commercio? [SI] [NO]
(se SI, descrivere sinteticamente nella relazione che si allega le motivazioni e le condizioni particolari in cui si intende utilizzare il farmaco)
3. E' un farmaco che mostra in modo evidente ridotti effetti collaterali indesiderati e tossici in confronto a farmaci già esistenti per tale patologia? [SI] [NO]
(se SI, vedi nota al punto 2)
4. E' un farmaco efficace in un gruppo di popolazione resistente a farmaci comunemente utilizzati per tale patologia? [SI] [NO]
(se SI, vedi nota al punto 2)
5. E' un farmaco che agisce con un meccanismo d'azione diverso rispetto a farmaci già esistenti e di provata efficacia per quella patologia? [SI] [NO]
6. E' un farmaco la cui preparazione e somministrazione porta ad un sostanziale miglioramento della "compliance" dei pazienti? [SI] [NO]
(se SI, vedi nota al punto 2)
7. E' un farmaco con caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche già esistente nel prontuario? [SI] [NO]

Il Direttore Unità Operativa Il Direttore di Dipartimento

(timbro e firma)

Data	Revisione 0
------	-------------



**RICHIESTA
MOTIVATA/PERSONALIZZATA
PER FARMACI NON IN PTO**

**PTOAV2 II ED
.....2014**

AL RESPONSABILE UNITA' OPERATIVA DI FARMACIA

RICHIESTA MOTIVATA / PERSONALIZZATA PER FARMACO NON IN PTO

UNITA' OPERATIVA:.....(Cod.....)

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

FORMA FARMACEUTICA E VIA DI SOMMINISTRAZIONE.....

PRINCIPIO ATTIVO.....

DOSE/DIE DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO.....

**(LA FARMACIA POTRA' DISPENSARE LA QUANTITA' DI FARMACO NECESSARIA PER UN
MASSIMO DI 6 GIORNI DI TERAPIA)**

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE:.....

ETA' (o data di nascita).....

NATURA DELL'URGENZA

(I farmaci non in PTO non sono di norma di pronta disponibilità, e saranno resi disponibili in funzione del tempo occorrente per l'acquisizione)

- URGENTE (PER NON INTERROMPERE LA TERAPIA IN ATTO)
- URGENTE (PER I MOTIVI CLINICI SOTTO SPECIFICATI)
- NON URGENTE: INIZIO TERAPIA PREVISTO PER IL GIORNO_____

MOTIVAZIONE CLINICA DELLA RICHIESTA:

PROSECUZIONE DI TERAPIA DOMICILIARE: **SI NO**

ESIGENZA PER UN PARTICOLARE TIPO DI MALATTIA O DI PAZIENTE (specificare):

.....

PERCHE' NON E' SOSTITUIBILE CON FARMACO GIA' PRESENTE IN PTO?

.....

.....

DATA.....

IL MEDICO RICHIEDENTE

(TIMBRO E FIRMA)

IL DIRETTORE DELL'U.O.

Per i casi diversi dalla prosecuzione di terapia in atto