



Co.B.U.S.
Azienda Ospedaliero – Universitaria
“Policlinico – Vittorio Emanuele”
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

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 sono 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 Consegna _____	Per Ricevuta _____	
Il Farmacista _____		