

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Setor: _____ Leito: _____

Prontuário: _____ Nome da mãe: _____

DADOS DA SOLICITAÇÃO**QUADRO CLÍNICO:**Medicamento: **Albumina Humana**Apresentação: **20% – Frasco 50 mL**

Codigo SUS: 0603070019

Posologia: _____

Duração do Tratamento (em dias): _____ Quantidade total solicitada: _____

Assinalar o motivo da solicitação de albumina, conforme indicações previstas em protocolo:

ALBUMINA EXÓGENA NÃO É USADA COM OBJETIVOS DE AUMENTAR SEUS NÍVEIS PLASMÁTICOS

- ☐ Paracentese, tratamento das ascites volumosas;
- ☐ Grandes queimados, 24 a 48 horas depois da queimadura;
- ☐ Líquido de reposição nos procedimentos de troca terapêutica do plasma (plasmaférese), volume superior a 20 mL/Kg por sessão;
- ☐ Pacientes com cirrose hepática e síndrome nefrótica, quando houver edemas refratários aos diuréticos e que coloquem em risco iminente a vida dos pacientes;
- ☐ Prevenção da síndrome de hiperestimulação ovariana, no dia da coleta do óvulo para fertilização in vitro;
- ☐ Preenchimento (priming) da bomba de circulação extracorpórea nas cirurgias cardíacas; Pós-operatório de transplante de fígado, quando a albumina sérica for inferior a 2,5%;
- Outra indicação: _____

AVALIAÇÃO FARMACÊUTICA**Parecer:** indicação conforme o protocolo? () sim () não

Autorizada a dispensação? () sim () não

Médico Solicitante_____
Data_____
Farmacêutico (a)_____
Data