

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_

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

Código 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 (plasmaférrese), 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