

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO IGIV (INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS).

POSOLOGIA:

Peso del paciente: _____ Kg. Posología: _____ mg/Kg/día, por _____ días.

Dosis total por día: _____ g Dosis total del tratamiento: _____ g

MOTIVO DE LA PRESCRIPCION (marque con una cruz):

Leer

Aprobación Directa: No se requiere aguardar autorización para su dispensa. Se requiere adjuntar: Planilla + Resumen de historia clínica + Receta diaria.

- ☐ 1. **Púrpura Trombopénica Idiopática.** Firma Servicio hematología.
- ☐ 2. **Síndrome de Kawasaki.**
- ☐ 3. **Síndrome de Guillain-Barré.** Negativa de Plasmaféresis.
- ☐ 4. **Isoinmunización Rh severa.** Firma Servicio Neonatología.

Leer

Aprobación Diferida: Presentar la solicitud días hábiles en Unidad de Farmacoterapéutica de 9 a 13hs (Subsuelo C). Se debe aguardar autorización de la Unidad de Farmacoterapéutica para su dispensa. Luego de solicitada la misma dentro de las siguientes 72 hs hábiles se responderá por su aprobación o no, debido a que no son solicitudes de urgencia que comprometan la vida del paciente. Se requiere adjuntar: Planilla + Resumen de historia clínica + Receta diaria + Negativa de Plasmaféresis.

Leer

La presente planilla funciona como constancia de solicitud e de inicio de trámite y como registro de proceso de autorización en curso. Se recuerda que los siguientes casos no se consideran urgencias y por lo tanto no implican riesgo de vida inmediato.

- ☐ 5. **Inmunodeficiencia Primaria (congénita).** Firma Servicio Inmunología.
 - ☐ Inmunodeficiencia común variable. ☐ Agamaglobulinemia ligada al X. ☐ Déficit selectivo IgM.
 - ☐ Déficit de subclases IgG. ☐ Déficit selectivo IgA. ☐ Timoma + Hipogamaglobulinemia ☐ ALPS.
 - ☐ Deficiencia de anticuerpos específicos (baja respuesta a vacunas). ☐ IPEX. ☐ Hiper IgM.
 - ☐ Ataxia - telangiectasia. ☐ Inmunodeficiencia combinada.
- ☐ 6. **Inmunodeficiencia Secundaria.** Firma Servicio Inmunología/Oncología.
 - ☐ Aplasia Medular. ☐ Mieloma Múltiple. ☐ Leucemia Linfocítica Crónica.
 - ☐ Linfoma B no Hodgkin, indicar si se utilizó **Rituximab** previamente.
 - ☐ TMO alogénico **excluida profilaxis.** ☐ Otras neoplasias de células B.

☐ 7. **Otros usos:** _____

PACIENTE:

Nombre _____ Sala _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ DNI _____ Obra Social y Nº afiliado _____

MEDICO/A:

Firma y sello Médico/a tratante _____

Servicio _____ Teléfono de Contacto _____ Fecha ____/____/____

Firma y sello Médico/a Especialista _____

Servicio _____ Teléfono de Contacto _____ Fecha ____/____/____

Negativa a la realización de plasmaféresis.

Por intermedio de la presente, yo Dr./ Dra.

Certifico que no es posible realizar plasmaféresis para el/la paciente:

Debido a que:

El Palomar, ____ de _____ 20__

(Firma y sello del médico/a tratante)

(Firma y sello de médico Hemoterapista)