



## Solicitação de Medicamento de Uso Restrito – Albumina Humana

|                                  |                              |              |
|----------------------------------|------------------------------|--------------|
| <b>Identificação do paciente</b> |                              |              |
| Nome: _____                      | Registro: _____              | Idade: _____ |
| Sexo: _____                      | Unidade de Internação: _____ | Ramal: _____ |
|                                  | Quarto: _____                | Leito: _____ |
|                                  |                              | Peso: _____  |
| Diagnóstico: _____               |                              |              |

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>Albumina Humana</b>   |                  |
| Forma Farmacêutica/ Concentração _____   | Posologia: _____ |
| Tempo de tratamento previsto: _____  |                  |
| <b>Justificativa da prescrição:</b>  |                  |
| <input type="checkbox"/> Tratamento de paciente com ascite volumosa, por paracenteses repetidas.   |                  |
| <input type="checkbox"/> Após paracentese evacuadora (> 4 litros) em paciente com ascite volumosa.   |                  |
| <input type="checkbox"/> Paciente com Síndrome Nefrótica, com edema refratário aos diuréticos e que coloca em risco iminente a vida do paciente. |                  |
| <input type="checkbox"/> Pós operatório de transplante de fígado, quando a albumina sérica for inferior a 2,5 g%.                                |                  |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico e tratamento de Peritonite Bacteriana Espontânea (0 e 48 horas).  |                  |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico e tratamento de Síndrome Hepato-Renal.  |                  |
| <input type="checkbox"/> Como líquido de reposição nas plasmaféreses terapêuticas de grande monta (> 20ml/kg de plasma por sessão).              |                  |
| <input type="checkbox"/> Grandes queimados, após as primeiras 24 horas pós queimadura.   |                  |
| <input type="checkbox"/> Outros  |                  |
| Data: ____/____/____   |                  |
| Hora: _____  |                  |
| _____<br>Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante  |                  |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Autorização para fornecimento</b> |  |
| Data: ____/____/____                 |  |
| Hora: _____                          |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Serviço de Farmácia</b>   |  |
| Recebida autorização de fornecimento em: ____/____/____ Hora: ____ |  |
| Ass.Responsável: _____   |  |
| Observações: _____   |  |
| _____  |  |
| _____  |  |
| _____  |  |