

AZIENDA SANITARIA SANLURI



PRONTUARIO ADI
FARMACOLOGICO
NUTRIZIONE ENTERALE
MEDICAZIONI SPECIALI
DISINFETTANTI



- **EDIZIONE Dicembre 2016**

INDICE

<i>Premessa</i>	<i>pag. 3</i>
<i>Gestione Prontuario</i>	<i>4</i>
<i>Farmacovigilanza</i>	<i>5</i>
<i>Classificazione dei farmaci</i>	<i>6</i>
<i>Abbreviazioni ed acronimi</i>	<i>7</i>
<i>Prontuario Farmaceutico</i>	<i>8</i>
<i>Prescrizione farmaci classificati H Osp 1</i>	<i>12</i>
<i>Modello richiesta farmaci H Osp 1</i>	<i>13</i>
<i>Appropriatezza prescrittiva Albumina</i>	<i>14</i>
<i>Modello richiesta Albumina</i>	<i>18</i>
<i>Modello richiesta inserimento farmaco nel prontuario ADI</i>	<i>19</i>
<i>Scheda segnalazione reazioni avverse da farmaci</i>	<i>20</i>
<i>Repertorio prodotti nutrizione enterale</i>	<i>21</i>
<i>Repertorio medicazioni speciali</i>	<i>24</i>
<i>Repertorio disinfettanti</i>	<i>27</i>

Azienda Sanitaria Locale – Sanluri

Premessa

La prescrizione di qualsiasi farmaco deve essere strettamente correlata alle indicazioni terapeutiche per le quali esiste l'autorizzazione da parte del Ministero della Salute; comportamenti non rispettosi di tale obbligo possono costituire un serio pericolo per la salute pubblica, in quanto minano alla base le norme che affidano all'Autorità Sanitaria Centrale, Ministero della Salute ed AIFA, il compito di verificare preventivamente l'efficacia e la sicurezza dell'impiego terapeutico di ogni sostanza medicinale.

In considerazione del numero elevato di molecole disponibili nel mercato è necessario, per garantire alcune terapie farmacologiche destinate ai pazienti inseriti in Assistenza Domiciliare Integrata, dotarsi di uno strumento quale è il Prontuario, effettuando una attenta selezione dei farmaci.

Il prontuario è stato realizzato tenendo conto delle prescrizioni dei farmaci per i quali esiste una consolidata richiesta.

I principi attivi sono suddivisi per categorie farmacologiche terapeutiche e, all'interno di esse, per gruppi e sottogruppi, secondo la classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica (A.T.C.).

Il prontuario dei farmaci è stato integrato, al fine di realizzare un unico documento di consultazione, con il repertorio degli alimenti impiegati nella nutrizione enterale, del repertorio dei dispositivi "medicazioni speciali" impiegati nella terapia delle piaghe da decubito e dei disinfettanti.

Gestione del Prontuario Terapeutico

La vigilanza per la corretta applicazione del Prontuario segue i seguenti criteri di massima:

- ✓ *La richiesta è consentita, di norma, solo per i farmaci inclusi nel Prontuario Terapeutico per l'ADI.*
- ✓ *I farmaci non compresi nel Prontuario Terapeutico Regionale non possono essere inseriti in quello per l'ADI.*
- ✓ *La richiesta di farmaci non inclusi nel Prontuario per l'ADI sarà consentita esclusivamente per eccezionali e documentabili esigenze nosologiche, come il caso per esempio dei farmaci H OSP1, in tal caso la richiesta dovrà essere formulata su apposito modulo.*
- ✓ *Per la richiesta di albumina dovrà essere impiegato l'apposito modulo al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva..*
- ✓ *I farmaci contenuti nel Prontuario Terapeutico ADI sono di norma disponibili presso il Servizio di Farmacia.*
- ✓ *Le proposte di inserimento di nuovi farmaci nel Prontuario Terapeutico ADI, dovranno essere inoltrate, da parte dei medici, utilizzando l'apposita modulistica.*
- ✓ *La Commissione Terapeutica Provinciale, esaminata la fondatezza della richiesta e la validità scientifica della letteratura allegata, esprime il proprio parere in merito all'inserimento.*

La Commissione Terapeutica Provinciale valuta le proposte d'inserimento ed esprime i seguenti pareri:

- a) inserimento nel prontuario per l'ADI se presente in quello regionale;*
- b) non inserimento;*
- c) inserimento con restrizione (che sarà specificata).*

FARMACOVIGILANZA

Segnalazioni Reazioni Avverse

Al fine di promuovere e rafforzare l'attività di Farmaco-Vigilanza, strumento attraverso il quale il Ministero della Salute può svolgere il suo ruolo istituzionale di tutela della salute del cittadino, si allega copia della scheda in vigore per la segnalazione delle reazioni avverse da farmaci.

Tutti i Medici (Ospedalieri, di Base, Specialisti) hanno l'obbligo di comunicare al Servizio Assistenza Farmaceutica dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, gli effetti tossici e secondari, sia locali che generali, conseguenti all'impiego dei farmaci, entro il limite dei dieci giorni dalla conoscenza degli stessi o, nei casi mortali e di particolare gravità, entro ventiquattr'ore.

Le segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci, effettuate mediante apposite schede conformi al modello approvato dal Ministero della Salute, devono riguardare non solo le reazioni avverse inaspettate, ma anche quelle note e prevedibili perché descritte nel foglio illustrativo allegato alle confezioni di vendita dei prodotti farmaceutici: ai fini statistici si ritiene infatti di considerevole utilità conoscere con quale frequenza detti fenomeni si manifestano in Italia, in rapporto alle particolari condizioni di impiego dei farmaci stessi ed ai dosaggi più comunemente adottati nel nostro Paese.

Classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica (A.T.C.)

- A** **Apparato gastrointestinale e metabolismo**
- B** **Sangue e organi emopoietici**
- C** **Sistema cardiovascolare**
- D** **Dermatologici**
- G** **Sistema genito-urinario e ormoni sessuali**
- H** **Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali**
- J** **Antimicrobici generali per uso sistemico**
- L** **Farmaci antineoplastici e immunomodulatori**
- M** **Sistema muscolo-scheletrico**
- N** **Sistema nervoso**
- P** **Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti**
- R** **Sistema respiratorio**
- S** **Organi di senso**
- V** **Vari**

ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI

CLASSIFICAZIONE ATC:
X01 GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE
X01A Sottogruppo terapeutico
X01AA Sottogruppo terapeutico/chimico
X01AA011 Sottogruppo chimico via di somministrazione

A: farmaco in classe A totalmente concedibile a carico del S.S.N. Quando la lettera A è seguita da un numero (A/XX), viene fatto riferimento alle modalità prescrittive previste dalla nota AIFA indicata dal numero (XX).

Aer: aerosol

C: farmaco in classe C non concedibile dal S.S.N

Ev: via di somministrazione endovenosa

Gal: preparazione galenica

Grz: garza

H: farmaco in classe H concedibile a carico del S.S.N. esclusivamente in ambito ospedaliero

Im: via di somministrazione intramuscolare

Loc: per applicazioni locali

Os: via di somministrazione orale

PT: Prescrizione su **P**iano **T**erapeutico

Ret: via di somministrazione rettale

RMP: Richiesta **M**otivata e **P**ersonalizzata

PRONTUARIO TERAPEUTICO ADI

A	Apparato gastrointestinale e metabolismo			
A01	Stomatologici			
A01A	Stomatologici			
A01AB	Antimicrobici per il trattamento orale locale			
A01AB03	Clorexidina	os	C	
A02	Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica			
A02A	Antiacidi			
A02BC	Inibitori della pompa acida			
A02BC01	Omeprazolo	ev	H	
A03	Antispastici procinetici e anticolinergici			
A03A	Farmaci per i disturbi funzionali intestinali			
A03AX	Altri farmaci per i disturbi funzionali intestinali			
A03AX	Floroglucinolo + Meglucinolo	os	C	
A03FA	Procinetici			
A03FA01	Metoclopramide	os	C	
A06	Lassativi			
A06A	Lassativi			
A06AB	Lassativi di contatto			
A06AB06	Senna foglie (glucosidi A e B)	os	C	
A06AD11	Lattulosio	os	C	
A06AD65	Macrogol	os	C	
A06AX	Altri lassativi			
A06AX01	Glicerolo	rett	C	
A06AG01	Sodio Fosfato Acido	clismi	C	
A07	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali			
A07D	Antipropulsivi			
A07DA	Antipropulsivi			
A07DA03	Loperamide	os	C	
A07F	Microrganismi antidiarroici			
A07FA	Organismi produttori di acido lattico			
A07FA01	Enterobatt. Lattofermentato liofilizz.	os	C	
A12	Integratori minerali			
A12AA	Calcio			
A12AA03	Calcio gluconato	ev	C	
A16	Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo			
A16A	Altri farmaci apparato gastrointestinale e del metabolismo			
A16AA	Aminoacidi e derivati			
A16AA01	Levocarnitina	ev, im, os	C	

B	Sangue e organi emopoietici			
B01	Antitrombotici			
B01AC	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina			
B01AC06	Acido acetilsalicilico	os	C	
B01AX	Altri antitrombotici			
B03	Farmaci antianemici			
B03A	Preparati a base di ferro			
B03AB	Ferro trivalente, preparati orali			
B03AB	Ferrigluconato sodico	os, ev	H	
B05	Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali			
B05A	Sangue e prodotti correlati			
B05AA	Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche			
B05AA01	Albumina umana	ev	A/15	PT
B05B	Soluzioni endovena			
B05BA	Soluzioni nutrizionali parenterali			
B05BA01	Aminoacidi prevalentemente ramificati	ev	C	
B05BA02	Olio di soia + Lecitina	ev	C	
B05BA03	Soluzione Glucosata	ev	C	
B05BA10	Soluzione di aminoacidi + Glucosio + grassi	ev	H	
B05BB	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico			
B05BB01	Elettrolitica reidratante III	ev	C	
B05BB01	Ringer lattato	ev	C	
B05BB01	Soluzione Sodio cloruro	ev	C	
B05BB02	Soluzione Glucosio + Sodio cloruro	ev	C	
B05BC	Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica			
B05BC01	Mannitolo	ev	C	

C	Sistema cardiovascolare			
C05A	Antiemorroidali per uso topico			
C05AA	Prodotti a base di corticosteroidi			
C05AA	Preparazioni antiemorroidarie + cortisonici	loc	C	

D	Dermatologici			
D01	Antimicotici per uso dermatologico			
D01A	Antimicotici per uso topico			
D01AC	Derivati imidazolici e triazolici			
D01AC08	Ketoconazolo	loc	C	
D02	Emollienti e protettivi			
D02AB	Prodotti a base di ossido di zinco			
D02AB	Zinco ossido	loc	C	
D03	Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni			
D03AX	Cicatrizzanti altri			
D03AX05	Acido ialuronico sale sodico	grz /crema	C	
D03B	Enzimi			

D03BA	Enzimi proteolitici			
D03BA52	Clostridiopeptidasi, associazioni			
D03BA52	Collagenasi e cloranfenicolo	loc	C	
D04	Antipruriginosi, inclusi antistaminici, anestetici,altri			
D04A	Antipruriginosi, inclusi antistaminici, anestetici, altri			
D04AA	Antistaminici per uso topico			
D04AB	Anestetici per uso topico			
D04AB01	Lidocaina	loc	C	
D06	Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico			
D06A	Chemioterapici per uso topico			
D06AX	Antibiotici per uso topico, altri			
D06AX07	Gentamicina	loc	C	
D06BA	Sulfamidici			
D06BA01	Sulfadiazina argentica	loc	C	
D07	Corticosteroidi, preparati dermatologici			
D07A	Corticosteroidi, non associati			
D07AB	Corticosteroidi, moderatamente attivi (gruppo II)			
D07AC	Corticosteroidi, attivi (gruppo III)			
D07AC01	Betametasone	loc	C	
D08	Antisettici e disinfettanti			
D08A	Antisettici e disinfettanti			
D08AC	Biguanidi e amidine			
D08AC02	Clorexidina digluconato	loc	C	
D08AG	Derivati dello iodio			
D08AG02	Iodopovidone	loc	C	
D08AX01	Perossido di idrogeno	loc	C	

H	Preparati ormonali sistemici			
H02	Corticosteroidi sistemici			
H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati			
H02AA	Mineralcorticoidi			
H02AB	Glicocorticoidi			
H02AB02	Desametasone [d. az. lunga]	ev, im	c	
H02AB04	Metilprednisolone [d. az. intermedia]	ev, im	C	
M02AA15	Diclofenac	locale	C	

N	Sistema nervoso			
N02	Analgesici			
N02BE	Anilidi			
N02BE01	Paracetamolo	os, ev, ret	C	
N05	Psicolettici			
N05AA	ANTIPSICOTICI			
N05AA03	Promazina cloridrato	os	C	

N05B	Ansiolitici			
N05BA	Derivati benzodiazepinici			
N05BA01	Diazepam [d. az. lunga]	os, ev, im	C	
N05BA06	Lorazepam [d. az. intermedia]	os	C	
N05BA08	Bromazepam [d. az. intermedia]	os	C	
N05BA12	Alprazolam [d. az. intermedia]	os	C	
N05C	Ipnotici e sedativi			
N05CD	Derivati non benzodiazepinici			
N05CD05	Triazolam [d. az. breve]	os	C	

R	Sistema Respiratorio			
R05	Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento			
R05CB	Mucolitici			
R05CB01	Acetilcisteina	os	C	
R05CB06	Ambroxolo	os	C	
R06	Glutazione			
R06A	Antiistaminici per uso sistemico			
R06AE	Derivati piperazinici			
R06AE07	Cetirizina	os	C	

V	Vari			
V03	Tutti gli altri prodotti terapeutici			
V03A	Tutti gli altri prodotti terapeutici			
V03AB	Antidoti			
V03AB	Calcio gluconato	ev	gal	
V03AB32	Glutazione	ev	C	

FARMACI CLASSIFICATI H OSP 1 ESCLUSIVO UTILIZZO OSPEDALIERO

Le normative AIFA stabiliscono che i farmaci classificati H OSP 1 devono essere impiegati in ambiente protetto ospedaliero e quindi è precluso l'utilizzo domiciliare. Tuttavia, su specifica direttiva regionale n° 6036 del 22 marzo 2010, al fine di evitare il ricovero ospedaliero al solo scopo di effettuare la terapia, è previsto l'impiego di alcuni farmaci classificati H OSP 1 anche in ambiente domiciliare.

Perrtanto al fine di garantire la continuità terapeutica Ospedale-Territorio, potranno essere prescritti ai pazienti ai pazienti inseriti in ADI alcuni farmaci, che di seguito vengono elencati:

*Inibitori di pompa protonica uso iniettabile
Paracetamolo uso iniettabile
Antinfiammatori non steroidei uso iniettabile
Mannitolo per infusione
Kanrenoato di potassio uso iniettabile
Terlipressina uso iniettabile
Antibiotici ed antimicotici iniettabili
Farmaci per la nutrizione parenterale totale*

L'utilizzo domiciliare di questi farmaci deve essere subordinato alle seguenti condizioni:

- la prescrizione deve essere effettuata da una struttura ospedaliera;*
- la medesima deve essere allegata alla scheda richiesta farmaci H OSP1 trasmessa al servizio farmaceutico distrettuale di competenza autorizzato dal Responsabile dell'ADI;*
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che ha in carico il paziente deve dichiarare l'assunzione di responsabilità al trattamento compilando lo spazio in calce alla citata scheda che si allega alla presente nota.*

Vogliamo cogliere l'occasione per ricordarvi che, se vogliamo fornire ai pazienti in ADI una tempestiva risposta nella fornitura dei farmaci, ed evitare inutili aspettative circa la concessione gratuita dei prodotti farmaceutici, è indispensabile l'applicazione corretta del Prontuario, circoscrivendo quindi le prescrizioni esclusivamente ai farmaci in esso inseriti.

SCHEDA RICHIESTA FARMACI H OSP 1

Cartella n° _____

Cognome _____ Nome _____ C. F. _____

Luogo _____ Data nascita _____

Residenza _____ Indirizzo _____ Tel. _____

Patologia _____

Farmaco	Posologia	Quantità richiesta	Quantità consegnata

N.B. Compilare con caratteri ben decifrabili (stampatello)

Il Sottoscritto si assume la responsabilità del trattamento con Farmaci H OSP 1 in ambiente non ospedaliero prescritti dal Presidio Ospedaliero _____
al fine di assicurare la continuità terapeutica .Si allega prescrizione.

Data ____ / ____ / ____

Il Medico di Medicina Generale

Si autorizza la fornitura

Il Responsabile ADI del Distretto

Data ____ / ____ / ____

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA

Data ____ / ____ / ____

Firma per ricevuta _____

Norme sull'appropriatezza descrittiva dell'albumina

PREMESSA

In molti ambiti farmacologici si trova spesso una “distanza” più o meno accentuata tra le conoscenze scientifiche e la prassi clinica che rischia di vanificare uno dei principali obiettivi del SSN di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse. L'albumina, a tutt'oggi, rimane un esempio eclatante di questa “distanza”: pur avendo poche e ben precise indicazioni di uso di comprovata efficacia, è soggetta a fenomeni di abuso come testimoniato dai dati di consumo di questo colloide ampiamente usato come espansore del plasma umano dagli anni 40.

L'impiego terapeutico attuale dell'albumina va molto oltre le evidenze della sua utilità clinica e, in quasi tutte le indicazioni che ne prevedono l'uso i cristalloidi ed i colloidi sintetici sono preferibili, salvo casi documentati di ipersensibilità. L'albumina umana è inoltre una risorsa limitata dal numero delle donazioni ed è pertanto auspicabile un uso quanto più razionale possibile onde consentire una sua costante disponibilità quando si renda indispensabile.

INDICAZIONI

L'uso dell'albumina, sulla base delle evidenze cliniche, può essere indicato in:

1.CONDIZIONI ACUTE in cui è necessaria l'espansione di volume ed il mantenimento della portata : shock, ipotensione acuta da perdita di sangue intero, plasma o liquidi in seguito ad emorragie, ustioni, interventi chirurgici “maggiori”, traumi.

2.CONDIZIONI CRONICHE a bassa albuminemia : cirrosi epatica in fase avanzata, sindrome nefrosica, denutrizione.

All'interno di queste indicazioni e al di fuori di esse l'impiego terapeutico dell'albumina è stato spesso giudicato inappropriato.

Dall'analisi di vari studi emerge che vi sono indicazioni appropriate all'uso dell'albumina e per le quali esiste ampio consenso e condivisione, e indicazioni appropriate occasionalmente, cioè quando sono soddisfatti ulteriori criteri. Essa va utilizzata, inoltre, in tutti i casi in cui vi è controindicazione all'impiego dei colloidi non proteici.

1.CONDIZIONI ACUTE

PLASMAFERESI TERAPEUTICA (indicazione appropriata)

L'impiego dell'albumina è appropriato nello scambio di grandi volumi di plasma, superiori a 20 ml/Kg in unica seduta o 20 ml/Kg/settimana in sedute successive. Nel caso siano scambiati piccoli volumi è bene considerare l'impiego di soluzioni di cristalloidi o dell'associazione albumina/cristalloidi.

SHOCK EMORRAGICO (indicazione occasionalmente appropriata)

*La terapia di **prima scelta** per correggere l'ipovolemia in tutte le situazioni di shock emorragico è costituita dalle soluzioni di cristalloidi#. L'albumina al 5% va utilizzata come **seconda scelta** quando le soluzioni di cristalloidi o i colloidi non proteici## siano già stati impiegati a dosaggi massimali, senza aver ottenuto una risposta clinica adeguata e laddove i colloidi non proteici siano controindicati:*

- *Gravidanza e allattamento*
- *Periodo perinatale e prima infanzia*
- *Insufficienza epatica acuta, insufficienza renale di grado medio-elevato*

- *Pazienti in trattamento dialitico, con gravi deficit dell'emostasi, con albuminemia basale inferiore a 2-2,5 g/dl*
- *Emorragia intracranica*
- *Ipersensibilità*

INTERVENTI DI CHIRURGIA MAGGIORE (indicazione occasionalmente appropriata)

L'uso di albumina può essere indicato nei soggetti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica > 40%, ampie resezioni intestinali) qualora, dopo la normalizzazione della volemia, l'albuminemia risulti < 2 g/dl.

Per qualunque altro tipo d'intervento, l'uso di albumina nel post-operatorio , è sempre sconsigliato.

USTIONI (indicazione occasionalmente appropriata)

Il trattamento iniziale (prime 24 ore) si deve basare sull'impiego di soluzioni cristalloidi; la somministrazione, in associazione ai cristalloidi, di colloidi è giustificata solo se coesistono le seguenti condizioni:

- *Le ustioni interessano più del 50% della superficie corporea*
- *Sono trascorse più di 24 ore dal momento in cui sono avvenute le ustioni*
- *Il trattamento con cristalloidi non ha corretto l'ipovolemia*

*Salvo in caso di controindicazioni * al loro impiego, il rapporto costo/efficacia, raccomanda l'uso di colloidi non proteici*

CARDIOCHIRURGIA (indicazione occasionalmente appropriata)

Negli interventi di cardiocirurgia, per l'espansione post operatoria della volemia i cristalloidi rappresentano il trattamento di prima scelta, i colloidi non proteici quello di seconda scelta e l'albumina la terza scelta.

IPERBILIRUBINEMIA DEL NEONATO (indicazione occasionalmente appropriata)

Solo dopo la fototerapia e dopo l'exsanguino-trasfusione.

2.CONDIZIONI CRONICHE CON BASSA ALBUMINEMIA

CIRROSI EPATICA CON ASCITE REFRATTARIA

Non esiste consenso sull'uso di albumina nella patologia epatica avanzata, ma alcune evidenze ne supportano l'impiego nelle seguenti condizioni:

- **Paracentesi di grandi volumi (indicazione appropriata)**

La paracentesi di volume > 5 L può comportare, in alcuni casi, ipovolemia e modificazioni emodinamiche particolarmente sfavorevoli. Per ridurre questi rischi, va utilizzata albumina al 20 o al 25% alla dose di 5g/L di liquido rimosso.

- **Ascite non responsiva ai diuretici (indicazione occasionalmente appropriata)**

I pazienti che possono trarre beneficio dal trattamento, sono soprattutto quelli in condizioni cliniche più precarie, con ipovolemia ed ascite scarsamente responsiva ai diuretici: in questi casi l'albumina potrebbe essere utilizzata anche se l'albuminemia è >2,5 g/dl

- **Sindrome epatorenale (indicazione occasionalmente appropriata)**

Compare in circa il 10% dei pazienti con cirrosi ed ascite. La combinazione di farmaci vasostrittori e albumina (1g/Kg il 1° giorno, poi 20-40 g/die per 5-15 giorni, fino alla riduzione della creatinina sotto 1,5 mg/dl) si è dimostrata efficace in circa due terzi dei pazienti, elevando così la probabilità di allungare la loro sopravvivenza fino al trapianto di fegato. (va però considerato che queste informazioni si basano su studi comprendenti un piccolo numero di pazienti)

- **Peritonite batterica spontanea (indicazione appropriata)**

L'uso dell'albumina al 20-25%,in associazione al trattamento antibiotico,riduce la probabilità d'insorgenza della sindrome epato-renale ed aumenta la probabilità di sopravvivenza.

SINDROME NEFROSICA (indicazione occasionalmente appropriata)

L'infusione a breve termine di albumina al 20-25%,in associazione ai diuretici,è appropriata nei pazienti con albuminemia < 2 g/dl,con ipovolemia marcata e/o edema polmonare acuto e/o insufficienza renale acuta.

SINDROMI DA IPONUTRIZIONE (indicazione occasionalmente appropriata)

L'albumina non deve essere impiegata per fini nutrizionali.Nei pazienti con diarrea in condizioni di intolleranza alla nutrizione entrale,la somministrazione di albumina può esse utile se coesistono tutte le seguenti condizioni:

- *Volume della diarrea > 2 l/die*
- *Albumina sierica <2g/dl*
- *Prosecuzione della diarrea nonostante la somministrazione di peptidi a catena corta e formulazioni di minerali*
- *Nessuna altra causa che giustifichi la diarrea*

DOSAGGIO

La dose necessaria per ottenere un'albuminemia > o = 2,5 g/dl,viene calcolata applicando la seguente formula:

Dose (g) =[albuminemia desiderata(2,5 g/dl) – albuminemia attuale(g/dl)] x volume plasmatico (0,8xkg)

INDICAZIONI INAPPROPRIATE ALL'USO DELL'ALBUMINA

- *Albuminemia > 2,5 g/dl*
- *Ipoalbuminemia cronica in assenza di edemi e/o ipotensione acuta*
- *Malnutrizione : l'albumina non modifica la prognosi*
- *Cicatizzazione delle ferite : utilizzo privo di fondamento scientifico*
- *Shock non emorragico*
- *Ascite responsiva ai diuretici*
- *Ustioni nelle prime 24 ore*
- *Enteropatie protido-disperdenti e malassorbimento*
- *Pancreatiti acute e croniche*
- *Dialisi*
- *Ischemia cerebrale*

.....
La formulazione delle linee-guida non ha l'intento di includere tutti i metodi di cura o di escludere altri accettabili metodi che raggiungono gli stessi risultati. La decisione ultima su una particolare procedura o piano di trattamento deve essere presa dal medico alla luce del quadro clinico del paziente e dei metodi diagnostici e terapeutici a disposizione.Comunque,deviazioni sostanziali dalle linee-guida,devono essere documentate e motivate.

Unitamente alle presenti linee-guida ,viene fornito il modello per la richiesta personalizzata dell'albumina:E' necessario compilare la richiesta in tutte le sue parti e allegare il referto del laboratorio analisi.Richieste parzialmente compilate e/o prive di allegato saranno considerate inevitabili.

Nota AIFA n.15

La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle seguenti condizioni:

- *Dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica;*
- *Grave ritenzione idro-salina nella cirrosi ascetica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (ad es. intestino corto post-chirurgico o da proteino dispersione), non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia.*

LEGENDA

cristalloidi (Sodio cloruro 0.45%, 0.9%, 3%, 5%, S.glucosata 5%, Destrosio 2.5%, 10%, Miscele di Destrosio e NaCl, NaHCO₃ al 5%, Soluzione Ringer con o senza lattato).

colloidi non proteici (Destano 70, 75, 40, Idrossietilamido e i derivati della Gelatina quali Emagel, Gelplex, Eufusin).

** controindicazioni all'uso dei colloidi non proteici: precedenti reazioni da ipersensibilità, alterazione dei parametri coagulativi, rischio di emorragia intracranica insufficienza renale con oliguria e anuria*

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
MODULO RICHIESTA ALBUMINA (nota AIFA n 15)

Cognome _____ Nome _____
 Età _____ Sesso M F Peso kg _____ Codice fiscale _____
 Indirizzo _____
 Comune _____ Prov _____ Regione _____
 ASL di residenza _____ Medico curante _____

La trasfusione di emocomponenti e di emoderivati costituisce una pratica terapeutica non esente da rischi: necessita pertanto del consenso informato del ricevente (art. 19 D.M. 15/01/91)

Condizioni acute con bassa albuminemia (<2g/dl): (barrare quella di interesse)

SHOCK EMORRAGICO	<i>Il scelta: in caso di non responsività alle soluzioni cristalloidi e ai colloid non proteici impiegati a dosaggi massimali e/o di documentata controindicazione all'uso dei colloid non proteici</i>
INTERVENTI DI CHIR. MAGGIORE	<i>Il scelta: in soggetti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore (resezione epatica >40%, ampie resezioni intestinali), qualora dopo normalizzazione della volemia, l'albuminemia minore o uguale 2g/dl</i>
USTIONI	<i>Il scelta: in caso di documentata controindicazione e/o non responsività alle soluzioni di colloid e cristalloidi, con posologia diversificata in base all'entità della superficie interessata.</i>

Condizioni croniche con bassa albuminemia : (barrare quella di interesse)

SINDROME NEFROSICA	<i>in associazione ai diuretici, in caso di albuminemia <2g/dl, ipovolemia marcata e/o edema polmonare acuto e/o insufficienza renale acuta.</i>
SINDROME DA IPONUTRIZIONE	<i>in caso di intolleranza alla nutrizione enterale se coesistono: albuminemia < 2g/dl, volume della diarrea >2L/die, non responsività alla terapia dietetica, nessuna altra causa che giustifichi la diarrea</i>
CIRROSI EPATICA CON ASCITE solo nelle condizioni di seguito indicate : (barrare quella di interesse)	
Ascite	<i>se non responsiva ai diuretici</i>
Paracentesi di grandi volumi *	<i>Il scelta: per paracentesi di volumi >5 L alla dose di 5g/L di liquido rimosso</i>
sindrome epato-renale	<i>Il scelta : in associazione a farmaci vasocostrittori</i>
Peritonite batterica spontanea *	<i>Il scelta : in associazione a trattamento antibiotico</i>
Altro (specificare)	

*Formula per calcolare la quantità di Albumina necessaria a ottenere un'albuminemia >= a 2,5 g/dl (tranne nei casi *)*
DOSE (g)=[albuminemia desiderata(2,5g/dl)-albuminemia attuale(g/dl)] x vol.plasmatico(0,8 x peso corporeo in Kg)

Data n°flaconi/die richiesti..... **gg trattamento (max 30 gg)**
(con successiva rivalutazione)

Medico richiedente.....

N.flaconi consegnati..... Data.....

Firma del Farmacista..... Firma leggibile di chi ritira

(Modello 2)

Richiesta d'inserimento farmaci nel PT ADI**Alla Commissione Farmaceutica Aziendale
ASL6 Sanluri**

Il sottoscritto _____
medico di medicina generale/specialista/ospedaliero (barrare la voce che non interessa)
chiede l'introduzione nel Prontuario ADI del seguente medicinale:

FARMACO: _____
Dosaggio: _____ Forma farmaceutica _____
via di somministrazione _____ consumo mensile presunto _____
n° pazienti da trattare _____

Patologie e motivazioni cliniche per cui si ritiene il farmaco indispensabile ed non sostituibile
con uno equivalente già previsto nel Prontuario Terapeutico ADI:

(N.B. Compilare in stampatello)

Documentazione da allegare: letteratura e riferimenti bibliografici

Data ____ / ____ / ____

Firma e timbro del medico

pg 1

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE ف ب	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* <i>* se il segnalatore è un medico</i>			7. GRAVITA' DELLA REAZIONE: <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> NON GRAVE		
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti			9. ESITO <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL __/__/__ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL __/__/__ <input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE		
10. AZIONI INTRAPRESE: <i>specificare</i> <i>In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19</i>					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO(I) SOSPETTO (I) <i>nome della specialità medicinale*</i>					
A) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
B) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
C) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?		A: sì / no		B: sì / no	
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?		A: sì / no		B: sì / no	
18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?		A: sì / no		B: sì / no	
19. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?		A: sì / no		B: sì / no	
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO: A: B: C:					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE					
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE			25. DATI DEL SEGNALATORE		
O MEDICO DI MEDICINA GENERALE		O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME		
O MEDICO OSPEDALIERO		O FARMACISTA	INDIRIZZO		
O SPECIALISTA		O ALTRO	TEL E FAX		E-MAIL
26. DATA DI COMPILAZIONE			27. FIRMA DEL SEGNALATORE		
28. CODICE ASL			29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		

Repertorio

Nutrizioni

Enterali

Dieta per pazienti oncologici liquida per uso orale, pronta all'uso Ipercalorica, iperproteica		
FORTICARE	125 ml	per 100 ml di prodotto:
PROTEINE		9 gr
LIPIDI		5,3 gr
CARBOIDRATI		19,1 gr
LATTOSIO		ASSENTE
FIBRE		2,1 gr
CALORIE		1,64 kcal/ml

Dieta polimerica iperproteica ed ipercaloricaper uso orale, in polvere		
MERITENE PROTEIN	gr. 270	per 100 gr di prodotto:
PROTEINE		23 gr
LIPIDI		3,8 gr
GLUCIDI		65 gr.
CALORIE		3,86 kcal/gr.

Dieta polimerica iperproteica per uso orale. Pronta all'uso		
FORTIMEL	ml 200	per 100 ml di prodotto:
PROTEINE		10 gr.
LIPIDI		2,1 gr.
GLUCIDI		10,3gr.
CALORIE		1 kcal/ml

Dieta a basso indice glicemico per pazienti diabetici o con intolleranza al glucosio. Liquida per uso orale		
RESOURCE DIABET	200 ml	per 100 ml di prodotto:
PROTEINE		7 gr.
LIPIDI		2,8 gr
CARBOIDRATI		10,8 gr
FIBRA		2 gr
CALORIE		1 kcal/ml.

Alimento iperproteico ed ipercalorioco dessert dietico		
PROTI-FRUITS	gr 125	per 100 gr di prodotto:
PROTEINE		7 gr
LIPIDI		4,4 gr
CARBOIDRATI		13,6 gr
CALORIE		1,22 Kcal/gr

Alimento iperproteico ed ipercalorico crema dietetica		
CREMELINE	gr 125	per 100 gr di prodotto:
PROTEINE		gr 10
LIPIDI		gr 5,4
CARBOIDRATI		gr 18,4
CALORIE		1,6 Kcal/gr

Miscela di aminoacidi aromatizzati		
AMINOTROFIC	buste	gr 5,5

Alimento completo e bilanciato normocalorico confibre prebiotiche indicato neu casi di deficit nutrizionale		
ENSURE drink	ml 200	per 100 ml di prodotto:
PROTEINE		6,25 gr
LIPIDI		4,92 gr
CARBOIDRATI		20,2 gr
CALORIE		1,5 kcal /ml circa

Polvere addensante per la preparazione di supplementi nutrizionali orali di consistenza cremosa.		
RESOURCE TICKEN-UP CLEAR	125 gr	per 100 ml di prodotto:
PROTEINE		0,3 / 0,4
CARBOIDRATI		63 gr
CALORIE		3,1 Kcal/gr
Bevanda gelificata		
RESOURCE BEVANDA GELIFICATA	125 gr	per 100 gr di prodotto

Repertorio Medicazioni Speciali

CND	DESCRIZIONE	
M04	MEDICAZIONI SPECIALI	
M0401	MEDICAZIONI PREPARATE	
M040101	MEDICAZIONI ADESIVE CON COMPRESSA ASSORBENTE	
M04010101	1 Mediazione pronta,sterile, costituita da compresse di materiale assorbente e rivestimento in supporto adesivo ipoallergenico cm 10x8 circa	CURAPOUR (uso osp)
	2 Mediazione pronta,sterile, costituita da compresse di materiale assorbente e rivestimento in supporto adesivo ipoallergenico cm 15x10 circa	
	3 Mediazione pronta,sterile, costituita da compresse di materiale assorbente e rivestimento in supporto adesivo ipoallergenico cm 10x20 circa	
	4 Mediazione pronta,sterile, costituita da compresse di materiale assorbente e rivestimento in supporto adesivo ipoallergenico cm 10x25 circa	
M040102	MEDICAZIONI DI FISSAGGIO CATERE ED ALTRO	
M04010202	1 Mediazione sterile impermeabile con supporto in pellicola di polietilene trasparente cm 10x12 circa	TEGADERM
	2 Mediazione sterile impermeabile con supporto in pellicola trasparente e tamponi centrale,anch'esso trasparente,contenente una soluzione disinfectante di clorexidina gluconato. Misura cm 8 x 11 circa	
M04010299	3 Mediazione sterile impermeabile con supporto in pellicola trasparente e tamponi centrale,anch'esso trasparente,contenente una soluzione disinfectante di clorexidina gluconato. Misura cm 10 x 12 circa	
M0402	MEDICAZIONI ASSORBENTI NON ADESIVE	
M040203	MEDICAZIONI TRACHEOSTOMICHE	
	1 Mediazioni sterili pretagliate in schiuma di polietilene, parte, puntrificata, non adesive ad alta opacità di assorbimento, impermeabili, indicate per pazienti tracheostomizzati. La conformazione della medicazione deve essere tale da permettere l'adattamento della stessa alla zona circostante la cannula (es. taglio lineare, taglio a croce, taglio a Y, ecc). Misure: cm 6,5 - 9 x 9 cm circa	METALLINE CHIRURGICHE
M0404	MEDICAZIONI PER FERITE, PIAGHE E ULCERE	
M040402	MEDICAZIONI IN ALGINATO	
M04040201	MEDICAZIONI A BASE DI ALGINATI	
	1 Mediazioni sterili a base di fibre di alginato di calcio o calcio/iodo con funzione adsorbente/gelificante per il trattamento di lesioni essudanti e/o sanguinanti plane e cavitarie.	SUPRASORB A
	2 cm 5-8 x 5-8 circa	
	3 cm 20x20 o 15 x20	
M04040202	MEDICAZIONI A BASE DI ALGINATO ASSOCIATO AD ALTRE SOSTANZE	
	1 Mediazione sterile a base di fibre di Alginati puri o con aggiunta di altre sostanze	KALTOSTAT
	2 cm 5 -x 5 circa	
	3 cm 10 x 10 circa	
M040403	MEDICAZIONI A BASE DI IDROCOLLOIDI	
M04040301	MEDICAZIONI A BASE DI IDROCOLLOIDI PURI	
	1 Mediazioni IDROCOLLOIDALI SOTTILI: Mediazioni sterili , a base di sostanze idrocolloidali con capacità assorbente, disperse in matrice adesiva (ipoallergenica e ricoperte da un film trasparente in polietilene impermeabile o semipermeabile (impermeabile ai liquidi e permeabile ai gas).	SUPRASORB H
	2 cm 10-12 X 10-12 circa	
	3 cm 15-20 x 15-20 circa	
M04040302	MEDICAZIONI A BASE DI IDROCOLLOIDI ASSOCIATI AD ALTRE SOSTANZE	
	1 Mediazioni idrocolloidali sterili con capacità assorbente	CONFEE PLUS
	2 cm 10 X 10	
	3 cm 15 x 15	
	1 SENZA BORDO ADESIVO	
	2 cm 10 X 10	
	3 cm 15 x 15	
M040404	MEDICAZIONI IN CARBOSIMETILCELLULOSA SODICA PURA O IN ASSOCIAZIONE	
	1 Mediazione con funzione adsorbente/gelificante per il trattamento di lesioni essudanti e/o sanguinanti plane e cavitarie.	AQUACELL EXTRA
	2 cm 10 X 10 circa	
	3 cm 15 x 15 circa	

CND	DESCRIZIONE	
M040405	MEDICAZIONI IN GEL IDROFILO	
M04040502	MEDICAZIONI A BASE DI IDROGELI : prodotto fluido sterile a base di polimeri idrofili in forma di gel, può contenere carbossimetilcellulosa e/o alginato di calcio. Deve essere confezionato in un pratico erogatore ergonomico, richiudibile, studiato per posizionare il prodotto anche in lesioni cavitarie profonde evitando sprechi.	PURILON GEL
M040406	Confezione monodose da 15 gr circa	
M04040601	MEDICAZIONI IN POLIURETANO	
	MEDICAZIONI IN POLIURETANO, NON ADESIVE	
	Medicazioni sterili in schiuma di poliuretano non adesiva ad alto assorbimento, permeabile ai gas, impermeabile ai liquidi, utilizzate per il trattamento di lesioni in fase esudativa, di granulazione e neopitelizzazione. Nelle seguenti misure:	ALLEVYN KAVITI
1	Formato circolare a cuscinetto per ferite cavitate. Diametro 4,6 cm circa	
2	Formato tubolare a cuscinetto per ferite cavitate. Diametro 6-12 cm circa	
M04040602	MEDICAZIONI IN POLIURETANO ASSOCIATO AD ALTRE SOSTANZE	
	Medicazione a base di schiuma di poliuretano, pluriassorbita, idrofila	
	ADESIVE	
1	cm. 10x10 circa	
2	cm. 12,5 x 12,5 circa	
3	cm. 17,5x17,5 circa	
	NON ADESIVE	
1	cm. 10x10 circa	
2	cm. 15x15 circa	
3	cm. 15x20 circa	
M040408	MEDICAZIONI IN ARGENTO	
M04040802	MEDICAZIONI IN ARGENTO ASSOCIATO AD ALTRE SOSTANZE	
	Medicazione composta da una trama di fibre gelificanti di cellulosa e ioni argento a cessione graduata. Si richiedono le seguenti misure:	BIATAM ALGINATE ARGENTO
4	cm 10 x 10 circa	
5	Cm 15 x 15 circa	
M04040902	MEDICAZIONI IN ARGENTO ASSOCIATO AD ALTRE SOSTANZE	
	Medicazioni sterili antimicrobica hydrofiber (AG+, EDTA, Benzetonio cloruro) e Carbossimetilcellulosa sodica pura al 100%. Si richiedono le seguenti misure:	AQUACELL AG+ EXTRA
4	cm 10 x 10 circa	
5	Cm 15 x 15 circa	
M04041001	MEDICAZIONI IN COLLAGENE DI ORIGINE ANIMALE PURO	
	Medicazione bioattiva sterile a base di collagene di origine animale cm 5 X 5	CONDRESS
M040409	MEDICAZIONE PER FERITE, PIAGHE E ULCERE-ALTRE	
M040499	MEDICAZIONE PER FERITE, PIAGHE E ULCERE-ALTRE	
	Medicazione per applicazione topica contenente mix di aminoacidi e derivati dell'acido ialuronico	VULNAMIN
M90	tubo 50 gr max CREMA	
M9002	DISPOSITIVI PER MEDICAZIONE - ALTRI	
	MEDICAZIONE A BASE DI PASTA PROTETTIVA IN TUBO	CONVEEN CRITIC BARRIER
	Pasta all'ossido di zinco allo 10-20 % . Serve come crema barriera per proteggere la cute petrolifera.	
1	Tubo g 30-50 circa	
M04010299	Medicazione in materiale biocompatibile con una parte fenestrata trasparente dotata di rinforzo polimerico integrato, tampone assorbente in Lycell e rinforzo esterno in TNT indicata per cateteri venosi o arteriosi periferici e dotata di sistema di fissaggio. La medicazione deve avere dimensioni di circa 6x9 cm.	SORBAVIEW (uso osp)
2	Medicazione in materiale come sopra, adatta per cateteri venosi ombelici e dotata di sistema di fissaggio. La medicazione deve avere almeno tre misure da circa 6x10 cm fino a 10x16 cm	
3	Medicazione in materiale come sopra, adatta al fissaggio e protezione di cateteri epidurali. La medicazione deve avere dimensioni di circa 10 x 16 cm	
M040499	Medicazioni a base di oli ipero ossidati in gel per il trattamento delle lesioni cutanee quali ulcere, piaghe e ustioni. Il prodotto deve essere in confezione singola a stringa.	NO VOX (uso osp)
M90	Garze emostatiche in cellulosa rigenerata non ossidata per grave emorragia traumatica, damp vascolare, completamente impiantabile e per grave emorragia traumatica. Nelle misure orientative di cm.5x5 e 5x10	WOUNDCLOT (uso osp)

Repertorio

Disinfettanti

D08AG	DERIVATI DELLO IODIO
D08AG02	POVIDONE-IODIO (FU)
	Destinazione d'uso: antisepsi cute integra e lesa e per campo operatorio
D08AG02	Iodio polivinilpirrolidone 10% in soluzione acquosa con stabilizzante, per cute lesa, pronto all'uso, in flaconi da 100-150 ml
D08AG02	Iodio polivinilpirrolidone 10% in soluzione acquosa con stabilizzante, per cute lesa, pronto all'uso, in flaconi da 1 lt
D03	CLORODERIVATI
D0301	IPOCLORITI E ASSOCIAZIONI
D030101	IPOCLORITO
D03010101	IPOCLORITO SOLUZIONE ACQUOSA
	Destinazione d'uso: disinfettante igienizzante
D03010101	Clorossidante elettrolitico concentrato, per disinfezione di dispositivi medici a base di sodio ipoclorito g 1,15 (pari a cloro attivo 1,1g) + sodio cloruro e acqua depurata q.b. a 100 ml in flaconi da 1 litro
D05	OSSIGENOPRODUTTORI
D99	OSSIGENOPRODUTTORI - ALTRI
	Perossido d'Idrogeno in soluzione acquosa al 3% flac ml 250

