

**AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI O.G.P. "S. CAMILLO DE LELLIS" –  
RIETI**

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici - Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538  
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

REPARTO .....

DATA.....

DIAGNOSI

**RICHIESTA DI ANTITROMBINA III PER SINGOLO PAZIENTE**

Iniziali paziente.....  Nuovo ordine  Continuazione terapia

valore di AT III ematica (espresso in %) \_\_\_\_\_ Peso corporeo (Kg) \_\_\_\_\_

**INDICAZIONI**

**DEFICIENZA ACQUISITA DI AT III**

- AT III ematica < 70%
- epatite fulminante
- sanguinamento in cirrosi (in presenza di coagulopatia da consumo)
- trombosi acuta (AT III ematica < 70%)

**DEFICIENZA CONGENITA DI AT III**

- aumentato rischio tromboembolico
- trombosi acuta e/o embolia polmonare

**Il medico, timbro e firma leggibile**

.....

**NB: ALLEGARE ANALISI CON CONC. EMATICA DI AT III ULTIME 24 ORE**

DOSE ATIII (U.I.) = [ATIII desiderato(75%) – ATIII presente nel plasma ] X peso corporeo (Kg).

**Parte riservata alla Farmacia**

Si consegna .....n. flaconi.....Lotto.....

Scadenza.....Data consegna...../...../.....

*L'antitrombina è soggetta a somministrazione dietro consenso informato del paziente (D.M. del 01/09/1999)*