

## MODULO RICHIESTA PERSONALIZZATA IMMUNOGLOBULINE AD USO ENDOVENOSO

 PRIVIGEN OCTAGAM VENITAL

U.O. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_

## INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Terapia sostitutiva nelle sindromi di immunodeficienza primaria con produzione alterata di anticorpi  
La dose iniziale raccomandata è di 0.4 - 0.8 g/kg seguiti da almeno 0.2 g/kg ogni 3 settimane. La dose richiesta per raggiungere un livello base di 6 g/l è nell'ordine di 0.2 - 0.8 g/kg/mese.

Terapia sostitutiva nelle immunodeficienze secondarie in pazienti affetti da infezioni gravi o ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e insufficienza anticorpale specifica dimostrata (PSAF) o livello sierico di IgG < 4 g/l

La dose raccomandata è 0.2 - 0.4 g/kg ogni 3-4 settimane

Trombocitopenia immune primaria, in pazienti a rischio di sanguinamento o prima di interventi chirurgici  
Per il trattamento di episodi acuti 0.8 - 1.0 g/kg il primo giorno, che può essere ripetuto una seconda volta entro tre giorni, o 0.4g/kg al giorno per 2-5 giorni. In caso di recidiva il trattamento può essere ripetuto.

Sindrome di Guillain Barré  
0.4 g/kg/die per 5 giorni

Malattia di Kawasaki  
1.6 - 2.0 g/kg devono essere somministrati in dosi suddivise in 2-5 giorni o 2.0 g/kg in dose singola. I pazienti devono ricevere un trattamento concomitante con acido acetilsalicilico.

Miastenia gravis (uso consolidato legge 648/96)  
0.4 g/kg/die per 5 giorni consecutivi nelle fasi critiche non sufficientemente compensate dalla terapia specifica.

Neuropatia motoria multifocale  
Dose iniziale di 2 g/kg ripartiti in 2-5 giorni consecutivi, seguita da una dose di mantenimento di 1 g/kg ogni 2-4 settimane o 2 g/kg ogni 4-8 settimane.

Poliradicoloneuropatia cronica infiammatoria demielinizante (CIDP)  
N.B. REGISTRO AIFA PER LE SPECIALITÀ MEDICINALI OCTAGAM E PRIVIGEN DA ALLEGARE  
La dose iniziale raccomandata è di 2 g/kg suddivisa in 2-5 giorni consecutivi, seguita da dosi di mantenimento di 1 g/kg p.c. in 1-2 giorni consecutivi ogni 3 settimane.

N° Totale grammi \_\_\_\_\_

GG di Trattamento \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico richiedente \_\_\_\_\_

## Spazio riservato al Servizio di Farmacia

Flaconi autorizzati per trattamento terapeutico: N° \_\_\_\_\_ giorni di Terapia \_\_\_\_\_

Data di consegna \_\_\_\_\_ Firma del Farmacista \_\_\_\_\_

Firma leggibile di chi ritira \_\_\_\_\_