



SOLICITUD DE ALBÚMINA

* DATOS DEL ENFERMO

Nombre:

Servicio:

Diagnóstico principal

Cama:

Facultativo solicitante:

• RAZON DE UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA (marque una cruz en la casilla correspondiente)

Indicaciones apropiadas:

- Plasmaféresis** de gran volumen o continuada.
- Hipovolemia aguda** no respondedora o solo respondedora temporal (30 min.) a cristaloides.
- Ascitis refractarias con paracentesis** >3 litros (+ diuréticos).
- Síndrome nefrótico** (Albúmina <2 g/dl)
- Quemados.**
- Neonatos** (sangrías por poliglobulia, cirugía abdominal o R.N. hipovolémico).

Indicaciones no apropiadas:

Hipoalbuminemia en cirugía abdominal radical.
Hipoalbuminemia y malnutrición.
Aporte proteico en nutrición parenteral.
Síndrome de distress respiratorio agudo del adulto.
Fallo hepático agudo (PCO <15 mmHg).

Pauta de albúmina:

Firma

Fecha:

Nota: Esta prescripción tiene validez de 3 días. De no recibir otra solicitud, se entiende que la prescripción queda suspendida. La no cumplimentación de la totalidad de los datos anula la petición