



SOLICITUD DE INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA

*** DATOS DEL ENFERMO**

Nombre:

Servicio:

Cama:

Peso:

Facultativo solicitante:

- **INDICACIÓN** (marque una cruz en la casilla correspondiente)

Indicaciones Aprobadas por la Agencia Española del Medicamento:

Inmunodeficiencias Primarias:

- Agammaglobulinemias e hipogammaglobulinemias congénitas.
- Inmunodeficiencia variable común.
- Inmunodeficiencia combinada grave.
- Síndrome de Wiskott-Aldrich.

- Mieloma o leucemia linfocítica crónica** con hipogammaglobulinemia secundaria grave e infecciones recurrentes.
- Niños con SIDA congénito e infecciones recurrentes.**
- Púrpura trombocitopénica idiopática.**
- Síndrome de Guillain Barré (5 días).**
- Enfermedad de Kawasaki (2-5 días).**
- Trasplante alogénico de médula osea**

Indicaciones no Aprobadas: Solicitud obligatoria por uso compasivo

- Otras (Especificar):** _____

Pauta de Inmunoglobulina iv: _____

Firma

Fecha: