

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO

ALTEPLASA (r-tPA).

Excluyente: Adjuntar receta.

Posología (Dosis máxima 90mg).

Peso del paciente: ____ Kg.

Dosis total (0,9mg/kg): ____ mg

Motivo de la prescripción (fuera de estas indicaciones la droga de elección es la estreptoquinasa)

- 1. Síndrome coronario agudo con elevación del ST, en pacientes menores de 50 años.
- 2. Pacientes con episodios previos que hayan presentado reacción alérgica consignada a Estreptoquinasa.
- 3. Pacientes con ACV isquémico en ventana terapéutica de hasta 4.5 horas, mayores de 18 años, con TC o RM que presente signos de isquemia que no supere el 33% del territorio de la ACM y con manifestación de la voluntad del paciente o de sus representantes legales si fuese posible (cabe aclarar en este punto que, de no poder obtener el consentimiento informado, se debe proceder igualmente con el tratamiento de reperfusión endovenosa).

Con respecto a la puntuación de NIHSS, el estudio ECASS III estableció como criterio de exclusión el ACVi grave, definido como un puntaje mayor a 25, o bien la extensión de la isquemia definida previamente en los estudios por imágenes.

Datos del paciente:

Nombre _____ Planta _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ Diagnóstico principal _____

DNI _____

Obra Social y Nº afiliado _____

Medico _____ Servicio _____

Teléfono/ Interno de Contacto: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma y sello (médico tratante) _____

Se entregara una caja con dos (2) frascos ampolla por paciente y por solicitud desde Farmacia de guardia, excepto en pacientes con peso menor a 55kg en donde se entregara un (1) solo frasco.