

Apellido:
Historia clínica:

Etiqueta de Paciente

SOLICITUD DE PREPARACIÓN DE rITUXImab ENDOVENOSO

Fecha: ____/____/____

Lugar de internación: _____

Especialidad que solicita: _____

Paciente con medicación aportada por obra social: SI / NO (tachar la que no corresponde)

En caso de que la medicación sea aportada por el hospital, completar la autorización previamente a través del formulario de medicamentos de alto costo y corroborar disponibilidad con el/la farmacéutico/a.

¿Corresponde a la primera dosis?

(tachar la que no corresponda)

SI / NO

EDAD: _____

PESO: _____ kg

SUPERFICIE CORPORAL: _____ m²

Antecedentes de reacción adversa: SI / NO (tachar lo que no corresponde)

Dosis (marcar la que corresponde)

375 mg/m ²	
500 mg/m ²	
750 mg/m ²	

Dosis a administrar: _____ mg/dosis (redondear*).
Dosis máxima: 1000 mg/dosis.

*Presentación comercial: frasco ampolla de 100 mg y 500 mg.

El volumen en el cual será dispensado serán los siguientes según la dosis indicada. Por cuestiones de estabilidad se recomienda preparar en solución fisiológica. En caso de inconvenientes avisar al farmacéutico.

0 - 300 mg: 100 mL de **solución fisiológica**

301 - 1000 mg: 250 mL de **solución fisiológica**

Premedicación

Metilprednisolona (1 mg/kg/dosis. Máximo 100 mg): _____ mg EV
Difenhidramina (1 mg/kg/dosis. Máximo 50 mg): _____ mg VO/EV
Paracetamol (10 mg/kg/dosis. Máximo 1000 mg): _____ mg VO/EV

Observaciones:

Firma del especialista