

# Solicitud de Gammaglobulina endovenosa

Etiqueta de paciente

Fecha

Dosis:...../g/kg

PESO

Calculo en base a peso ideal.

Días de tratamiento:

Lugar de internación:

RECOMENDACIONES FUERTES A FAVOR*			
Motivo solicitud	Marcar con una Cruz	Motivo solicitud	Marcar con una Cruz
Inmunodeficiencias primarias (IDCV, IDCS, ALX, hiper-IgM)		Neuropatía motora multifocal	
Inmunodeficiencias secundarias con hipogammaglobulinemia		Crisis miasténicas	
Síndrome de Guillain-Barré		Enfermedad de Kawasaki	
Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica			

RECOMENDACIONES DÉBILES A FAVOR*			
Motivo solicitud	Marcar con una Cruz	Motivo solicitud	Marcar con una Cruz
Otras inmunodeficiencias primarias (SADNI, hipogammaglobulinemia transitoria, síndromes genéticos con hipogammaglobulinemia asociada)		Dermatomiositis y polimiositis juvenil	
Encefalitis autoinmunes o inmunomediadas		Síndrome multi-inflamatorio sistémico pediátrico (PIMS, MIS-C) por COVID-19	
Púrpura trombocitopénica idiopática			

RECOMENDACIONES DÉBILES EN CONTRA*			
Motivo solicitud	Marcar con una Cruz	Motivo solicitud	Marcar con una Cruz
<b>Otras enfermedades hemato-oncológicas:</b> HIV con trombocitopenia refractaria y sangrado; hemofílicos refractarios o Von Willebrand con sangrado que amenace la vida o vitalidad de un miembro; púrpura post-transfusión con sangrado; anemia aplásica por parvovirus B19; anemia hemolítica autoinmune con test antiglobulina directa positivo resistente a corticoides; profilaxis post-exposición viral en reemplazo de GG hiperinmune no disponible o vía IM contraindicada.		<b>Trasplantes de órgano sólido y trasplante de médula ósea (TMO):</b> En trasplante renal inmunomodulación preoperatoria en pacientes HLA sensibilizados y rechazo agudo mediado por Ac. En <b>TMO no</b> para uso profiláctico o terapéutico, excepto en ID, HGG o AGG por pobre prendimiento de células B, EIVH crónico e infecciones recurrentes por déficit de Ac, o neumonitis por CMV (asociada a antiviral) o citopenias corticorresistentes	
<b>Otras enfermedades reumatológicas-dermatológicas:</b> Vasculitis sistémicas, enfermedades ampollares autoinmunes		<b>Shock tóxico estreptocócico o estafilocócico y fascitis necrotizante</b>	

Firma autorizada

Coordinador o Jefe de Clínica de internación o especialidad

## D. OTROS: JUSTIFICAR INDICACIÓN (requiere autorización de dirección o coordinador de guardia)

Firma Dirección