

Solicitud de Preparación de **riTUXimab** endovenoso

Etiqueta Identificación
Informatizada del
Paciente

FECHA		LUGAR DE INTERNACIÓN	ESPECIALIDAD QUE SOLICITA

DATOS DEL PACIENTE: PESO , kg EDAD: SUPERFICIE CORPORAL m²

Marcar con una X	SI	NO
¿Paciente con medicación aportada por la obra social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Corresponde a la primera dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de reacción adversa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 la/el farmacéutica/o.

Marcar la opción que corresponda

DOSIS 375 mg/m² 500 mg/m² 750 mg/m²

DOSIS A ADMINISTRAR (Dosis máxima: 1000 mg/ dosis) redondear*: mg/ dosis

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

PREPARACIÓN

• Por cuestiones de estabilidad se recomienda preparar en solución fisiológica. En caso de inconvenientes consultar a la/el farmacéutica/o. El volumen en el cual será dispensado serán los siguientes según la dosis indicada:

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, aclaración y matrícula
Especialista