

....., dnia .....

**ZLECENIE DO GABINETU ZABIEGOWEGO**  
 **bądź do miejsca udzielania pomocy na wykonanie iniekcji NA RATUNEK**

Panią / Pana .....  
Adres .....

lat: .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.: .....

Płeć: .....

Telefon: .....

Rozpoznanie: WRODZONY OBRZEK NACZYNIORUCHOWY (HAE) z niedoboru C1 inhibitora

Proszę o podanie dożylnie:

**Berinert ludzki C-1 INH – 20 U/kg m.c. (zwykle 2 amp. bądź 1 amp. Berinert 1500)**

**lub**

**Ruconest 50 j. kg/m.c. (u chorych > 84 kg 2 amp. 4200 j.)**

**lub podanie podskórne:**

**Firazyr 1 amp.**

*W przypadku wystąpienia obrzęków zagrażających życiu obejmujących gardło, krtań lub brzuch (silne bóle często z towarzyszącymi nudnościami, wymiotami).*

*Przy wątpliwościach proszę o kontakt z ośrodkiem prowadzącym leczenie;*

.....  
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

**Uwagi gabinetu zabiegowego**

Nazwa leku czy naklejka	Data podania	Godzina podania	Czego dotyczy obrzęk	Objawy inne	Podpis pieczętka osoby podającej gabinetu