

HEMATOLOJİ KLİNİĞİ IV DEMİR KARBOKSİMALTOZ TEDAVİSİ

|  |  |
| --- | --- |
| **Hasta:**  | **Tanı:** Demir Eksikliği Anemisi |
| **Yaş/Cinsiyet:** | **İlaç:** Ferric carboxymaltose(FERINJECT 500 mg flakon) |
| **Hemoglobin (g/dl):** | **Kilo:** |

FERINJECT’in toplam dozu her hasta için hastanın **kilosu** ve **hemoglobin** seviyesine göre ayrı ayrı hesaplanır.

**Toplam dozun belirlenmesi için aşağıdaki tablo kullanılır.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hemoglobin (g/dL)** | **35-70 kg arasındaki hastalarda toplam uygulanacak doz** | **70 kg’ın üzerindeki hastalarda toplam uygulanacak doz**  |
| **< 10** | **1500 mg** | **2000 mg** |
| **≥ 10** | **1000 mg**  | **1500 mg** |

**Parenteral Demir tedavisi endikasyonu:**

 Aktif GIS kanaması

 Oral demir tedavisine intoleranslı hamileler

 İntestinal malabsorbsiyon sendromları

 Kronik inflamatuar barsak hastalıkları

 Atrofik gastrit

 Total veya subtotal gastrektomi

**Uygulama:**

**I.** Tek doz Ferinject uygulandığında bu doz günlük 1000mg’ı (20ml) aşmamalıdır (Haftada 1000 mg’dan (20ml) fazla uygulanmamalıdır).

**II.** Ferinject sulandırılmadan intravenöz enjeksiyon yoluyla maksimum 1000 mg’a kadar uygulanabilir (doz kilogram başına 15 mg’ı aşmamalıdır).

**III.** Sadece % 0.9 NaCl çözeltisi içerisinde uygulanır. Hastaya haftada bir hesaplanan toplam dozun 500-100 mg’ı (1-2 flakon) 250 ml % 0.9 NaCl içerisinde 15-30 dakikada uygulanır.

*Not: Stabiliteyle ilgili nedenlerle, 2 mg demir/ml’nin altındaki konsantrasyonlara seyreltme yapılması uygun değildir.*

**TEDAVİ PLANI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tedavi Süresi | Vericek doz | Uygulama süresi | Onay |
| **1.****Hafta** | ……………/…………../……………… | ………………..…..….….mg |  |  |
| **2.****Hafta** | ……..……/…………../……………… | ………..…………..…….mg |  |   |