

SOLICITAÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO E/OU VITAMINA B12 AO SERVIÇO DE FARMÁCIA		
<p>Enviar a solicitação para o e-mail e confirmar ligando para a farmácia por telefone  Hemoce Coordenador Fortaleza: farmacia.fortaleza@hemoce.ce.gov.br (85) 31012299  Hemocentro Regional Iguatu: farmacia.iguatu@hemoce.ce.gov.br (88) 35819409  Hemocentro Regional Crato: farmacia.crato@hemoc.ce.gov.br (88) (88) 31021260  Hemocentro Regional Quixadá: farmacia.quixada@hemoce.ce.gov.br (88) 34451009  Hemocentro Regional Sobral: farmacia.sobral@hemce.ce.gov.br (88) 36774624</p>		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____		
DADOS DO PACIENTE		
PACIENTE: _____		
NOME DA MÃE: _____		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	PESO: ____ kg	SEXO: ( ) F ( ) M
INDICAÇÃO DE USO: _____		SANGRAMENTO: ( ) SIM NÃO ( )
UNIDADE DE SAÚDE: _____		PRONTUÁRIO: _____
EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA O FERRO EV (EXCETO SE INDICAÇÃO POR HEMORRAGIA AGUDA ATUAL):		
ÍNDICE DE SATURAÇÃO DO FERRO: _____		DATA: ____/____/____
FERRITINA: _____	DATA: ____/____/____	HEMOGLOBINA: _____
DATA: ____/____/____		DATA: ____/____/____
EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA VITAMINA B12:		
HEMOGLOBINA: _____		DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____		VCM: _____
DATA: ____/____/____		DATA: ____/____/____
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Tratamento semanal, máximo 6 ampolas)		
_____ ampolas de sacarato de hidróxido férrico 100mg _____ x semana. (Total: _____ ampolas)		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (Tratamento do paciente de no máximo 5 ampolas*)		
_____ ampolas de Vitamina B12 5000mcg _____ x semana. (Total: _____ ampolas)		
* Se necessário quantidade maior, deverá ser feito nova avaliação do paciente e enviado uma nova solicitação		
AUTORIZADO** POR: _____		DATA: ____/____/____ HORA: _____ H
**O médico do serviço deverá discutir o caso com o hematologista plantonista do Hemoce para autorização, antes de enviar a solicitação para a farmácia		
MÉDICO SOLICITANTE: _____		CRM: _____

A SER PREENCHIDO PELA FARMÁCIA DO HEMOCE:

CONFIRMADO COM MÉDICO: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_