

NOME: _____

PRONTUÁRIO _____ DATA NASCIMENTO: ___/___/___ PESO _____ kg

HEMOFILIA A [] HEMOFILIA B [] VON WILLEBRAND [] OUTROS [] _____

OBRIGATÓRIO SE HEMOFILIA A, colocar:

Ultimo Titulo de inibidor: _____ Data: ___/___/___

INDICAÇÃO

<input type="checkbox"/> HEMARTROSE	<input type="checkbox"/> PUNHO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA PRIMÁRIA
<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> COTOVELO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª C.D.
<input type="checkbox"/> TRAUMA: _____	<input type="checkbox"/> OMBRO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª L.D.
<input type="checkbox"/> TRATAMENTO DENTÁRIO	<input type="checkbox"/> TORNOZELO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA TERCÍARIA
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> OMBRO D () E ()	<input type="checkbox"/> IMUNOTOLERÂNCIA
<input type="checkbox"/> CIRURGIA _____	<input type="checkbox"/> JOELHO D () E ()	<input type="checkbox"/> _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FVIIIp CCPA FvW CCP FVIIa FIX FVIIIr FXIII FI

TA: _____ UI ou mg; () única vez () ___/___ h em 24h

TC: _____ UI ou mg, Frequencia _____, por _____ Dia(s)

PP/PS/PT : _____ UI ou mg, Frequencia: _____, por _____ mês

ITI: : _____ UI _____ X Semana, por _____ mês(es)

DD: _____ UI ou mg, _____ doses

EMICIZUMABE: TA _____ mg

PS: _____ mg () 1x semana () a cada 15 dias total: _____ doses

Médico Autorizador Assinatura e Carimbo

Data

Se Médico do Plantão : _____ **Data e Hora:** _____

TA: TRATAMENTO AMBULATORIAL / TC: TRATAMENTO DE CONTINUIDADE / DD: DOSE DOMICILIAR
PP: PROFILAXIA PRIMÁRIA / OS: PROFILAXIA SECUNDÁRIA / PT: PROFILAXIA TERCÍARIA / ITI: IMUNOTOLERÂNCIA

TRATAMENTO HOSPITALAR: _____ UI/mgde ___/___ h por _____ Dia(s)

Hospital: _____ Técnico Solicitante: _____

Médico/CRM: _____

Horário: _____

Farmácia do Hemoce	Farmácia do Hemoce
Data ____/____/____ Hora ____:____	Data ____/____/____ Hora ____:____
()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH	()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH
Nome Comercial: _____	Nome Comercial: _____
Quantidade: _____	Quantidade: _____
Lote: _____	Lote: _____
Validade: _____	Validade: _____
Recebido por _____	Recebido por _____
Entregue por _____	Entregue por _____
Inspecionado: []Conforme []Não Conforme	Inspecionado: []Conforme []Não Conforme
()Hemofarma ()Webcoagulopatias	()Hemofarma ()Webcoagulopatias
Farmácia do Hemoce	Farmácia do Hemoce
Data ____/____/____ Hora ____:____	Data ____/____/____ Hora ____:____
()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH	()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH
Nome Comercial: _____	Nome Comercial: _____
Quantidade: _____	Quantidade: _____
Lote: _____	Lote: _____
Validade: _____	Validade: _____
Recebido por _____	Recebido por _____
Entregue por _____	Entregue por _____
Inspecionado: []Conforme []Não Conforme	Inspecionado: []Conforme []Não Conforme
()Hemofarma ()Webcoagulopatias	()Hemofarma ()Webcoagulopatias
Farmácia do Hemoce	Farmácia do Hemoce
Data ____/____/____ Hora ____:____	Data ____/____/____ Hora ____:____
()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH	()TA ()TC ()DD ()PS/PP/ITI ()TH
Nome Comercial: _____	Nome Comercial: _____
Quantidade: _____	Quantidade: _____
Lote: _____	Lote: _____
Validade: _____	Validade: _____
Recebido por _____	Recebido por _____
Entregue por _____	Entregue por _____
Inspecionado: []Conforme []Não Conforme	Inspecionado: []Conforme []Não Conforme
()Hemofarma ()Webcoagulopatias	()Hemofarma ()Webcoagulopatias