

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) 35819408 Hemocentro Regional Crato: farmacia.crato@hemoce.ce.gov.br (88) (88) 31021260 Hemocentro Regional Quixadá: farmacia.quixada@hemoce.ce.gov.br (88) 34451009 Hemocentro Regional Sobral: farmacia.sobral@hemoce.ce.gov.br (88) 36774627		
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: ____/____/____	
EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA VITAMINA B12:		
HEMOGLOBINA: _____ DATA: ____/____/____	VCM: _____ 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: _____

