

| | | |
|--|----------------------|------------------------------|
| <p>Enviar a solicitação para o e-mail e confirmar ligando para a farmácia por telefone</p> <p>Hemoce Coordenador Fortaleza: farmacia.fortaleza@hemoce.ce.gov.br Contato de segunda a sexta das 7:00h às 18:00h: (85) 32080899. Nos horários de segunda a sexta das 18:01h às 06:59h, feriados e finais de semana: (85) 992989133</p> <p><u>Hemocentro Regional Iguatu: farmacia.iguatu@hemoce.ce.gov.br (88) 35819408</u></p> <p><u>Hemocentro Regional Crato: farmacia.crato@hemoce.ce.gov.br (88) 31021260</u></p> <p>Hemocentro Regional Quixadá: farmacia.quixada@hemoce.ce.gov.br (88) 34451009</p> <p><u>Hemocentro Regional Sobral: farmacia.sobral@hemoce.ce.gov.br (88) 36774627</u></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: ____/____/____ |
| 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: _____