

Enviar a solicitação para o e-mail e confirmar ligando para a farmácia por telefone Hemoce Coordenador Fortaleza: farmacia.fortaleza@hemoce.ce.gov.br Contato de segunda a sexta das 7:00h às 18:00h: (85) 31063677. Nos horários de segunda a sexta das 18:01h às 06:59h, feriados e finais de semana: (85) 992989133 Hemocentro Regional Iguatu: farmacia.iguatu@hemoce.ce.gov.br (88) 35819408 Hemocentro Regional Crato: farmacia.crato@hemoce.ce.gov.br (88) 31021260 Hemocentro Regional Quixadá: farmacia.quixada@hemoce.ce.gov.br (88) 34451009 Hemocentro Regional Sobral: farmacia.sobral@hemoce.ce.gov.br (88) 36774627	
DADOS DO PACIENTE	
PACIENTE: _____ SEXO: () F () M	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	NOME DA MÃE: _____
INDICAÇÃO DE USO: _____	
SANGRAMENTO: () SIM NÃO ()	HEMOGLOBINA: _____ g/dl DATA ____/____/____
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
EXAMES PARA LIBERAÇÃO DO FERRO (EXCETO SE HEMORRAGIA AGUDA ATUAL):	
ÍNDICE DE SATURAÇÃO DO FERRO: _____ % DATA: ____/____/____	
FERRITINA: _____ ng/ml DATA: ____/____/____	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DO FERRO (Tratamento semanal, máximo 5 ampolas*)	
_____ ampolas de sacarato de hidróxido férrico 100mg _____ x semana. (Total: _____ ampolas)	
EXAMES PARA LIBERAÇÃO DA VITAMINA B12:	
Vit B12: _____ pg/ml DATA: ____/____/____	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DA VIT.B12 (Tratamento do paciente de no máximo 3 ampolas*)	
_____ ampolas de Vitamina B12 5000mcg _____ x semana. (Total: _____ ampolas)	
<i>* Se necessário quantidade maior, deverá ser feito nova avaliação do paciente e enviado uma nova solicitação</i>	
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	
MEDICO SOLICITANTE: _____	CRM: _____

A SER PREENCHIDO PELA FARMÁCIA DO HEMOCE:

CONFIRMADO COM MÉDICO: _____ DIA ____/____/____ HORA: _____

