

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA O TRATAMENTO DAS
COAGULOPATIAS HEREDITÁRIAS EM CARÁTER EMERGENCIAL

Nome do estabelecimento de saúde solicitante

Local de internação do paciente

Nome do estabelecimento de saúde distribuidor

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE NECESSITA DO MEDICAMENTO

Nome

Sexo

M

F

Nome da mãe

Peso (kg)

Data de nascimento

Número SES

DIAGNÓSTICO

Hemofilia A		Doença de Von Willebrand	
Hemofilia B		Outros	
Hemofilia A com inibidor			
Hemofilia B com inibidor			

Motivo da internação

PRODUTOS A SEREM SOLICITADOS

PRODUTO	QUANTITATIVO TOTAL SOLICITADO (UI)
☐ Concentrado de Fator I (Fibrinogênio)	
☐ Concentrado de Fator VIII recombinante	
☐ Concentrado de Fator IX hemoderivado	
☐ Concentrado de Fator XIII	
☐ Concentrado de Fator VIII com multímeros de Von Willebrand	
☐ Complexo Protrombínico (CCP)	
☐ Complexo Protrombínico Parcialmente Ativado (CPPA)	
☐ Concentrado de Fator VII Ativado Recombinante	
☐ Ácido Tranexâmico (comprimido)	
☐ Acetato de Desmopressina (ampola)	
Esquema terapêutico (dose por infusão, frequência e dias de tratamento)	

MÉDICO ASSISTENTE

Data da solicitação

Telefone para contato

É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário

Nome do médico assistente

Assinatura do médico

Carimbo/ CRM