

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TERAPIA ANTICOAGULANTE NO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)

Atenção:

1. Esse formulário não se aplica a profilaxia de TEV, sendo exclusivo para o tratamento.
2. Esse formulário não se aplica ao tratamento de gestantes.
3. Os medicamentos utilizados para o tratamento são Heparina Sódica ou Enoxaparina.
4. Na prescrição devem constar os dois medicamentos, sendo dispensado aquele disponível na farmácia da Unidade de Saúde, considerando o estoque na rede.
5. Pacientes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina <30 mL / min), função renal instável ou alto risco de sangramento, a preferência é pela Heparina Sódica.
6. A Enoxaparina é preferível em pacientes com Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado ao câncer, inclusive para o tratamento de longo prazo.
7. São critérios indispensáveis para o atendimento o preenchimento legível e total desse formulário.

Paciente: _____

PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Medicamentos: Heparina sódica 5.000UI/0,25 mL ou Enoxaparina 20mg/0,2 mL e 40mg/0,4 mL.

Justificativa da indicação:

Tempo de tratamento: _____

Exames realizados para auxílio do diagnóstico:

- () Exame Físico e História Clínica
- () Ultrassonografia
- () Dosagem de dímero D sensível
- () Radiografia de tórax
- () Angiotomografia pulmonar
- () Outros. Citar: _____

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do médico: _____