PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

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, Enoxaparina ou Rivaroxabana.**
4. **Na prescrição devem constar os três medicamentos, salvo se contraindicado após avaliação da função renal do paciente.**
5. **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, Enoxaparina 20mg/0,2 mL e 40mg/0,4 mL ou Rivaroxabana 15mg e 20mg.

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: _____