



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CLORTALIDONA

ATENÇÃO

Hipertensão Arterial Resistente (HAR): é definida como a pressão arterial (PA) de consultório não controlada apesar do uso de 3 ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo-se um diurético, ou o uso de 4 ou mais anti-hipertensivos com controle pressórico.

A HAR é condição essencial para prescrição do medicamento clortalidona, neste formulário.

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Este formulário não substitui a prescrição.

Para controle e acompanhamento do paciente, serão considerados os registros dos atendimentos no prontuário eletrônico SUS.

O preenchimento do formulário é obrigatório no início do tratamento.

Entregar ao paciente o formulário e receita em duas vias.

Dados do paciente:

Nome: _____

PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Unidade de Saúde: _____

Estágio de Hipertensão Arterial: () II, () III

Comorbidades: () LOAⁱ, () diabetes, () obesidade, () síndrome metabólica

Medicamento: CLORTALIDONA 25 MG.

Critério para indicação:

() Tratamento da HAR em politerapia, sendo pelo menos 1 (um) diurético.

Citar os diuréticos utilizados anteriormente:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Recomendação de dose:

Clortalidona 25mg	1 comprimido de manhã.
-------------------	------------------------

ⁱ Lesão de órgão alvo