

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

1 – NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 – LOCAL DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

--	--

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DISTRIBUIDOR

--

4 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE NECESSITA DO MEDICAMENTO

NOME COMPLETO:		PESO:	kg
DATA DE NASCIMENTO:	NÚMERO SES:		
NOME DA MÃE:			

5- DIAGNÓSTICO

<input type="checkbox"/> HEMOFILIA A	<input type="checkbox"/> DOENÇA DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA B	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA A com Inibidor	QUAL?
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA B com Inibidor	

6- PRODUTO	Quantitativo total solicitado (UI)
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator I (Fibrinogênio)	
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator VIII recombinante	
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator IX hemoderivado	
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator XIII	
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator VIII com multímeros de Von Willebrand	
<input type="checkbox"/> Complexo Protrombínico (CCP)	
<input type="checkbox"/> Complexo Protrombínico Parcialmente Ativado (CPPA)	
<input type="checkbox"/> Concentrado de Fator VII Ativado Recombinante	
<input type="checkbox"/> Ácido Tranexâmico (comprimido)	
<input type="checkbox"/> Acetato de Desmopressina (ampola)	

Esquema terapêutico: (Dose por infusão, frequência e dias de tratamento)

--

7-MÉDICO ASSISTENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO	TELEFONE PARA CONTATO	ASSINATURA
____/____/____	() _____ - _____ () _____ - _____	_____ Nome legível do Médico Assistente
É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário		_____ Assinatura do Médico Carimbo/CRM