

**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 QUAL?
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA A com Inibidor	
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA B com Inibidor	

**6 – MOTIVO DA INTERNAÇÃO**

--

7 - 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)	
<b>Esquema terapêutico:</b> (Dose por infusão, frequência e dias de tratamento)	

**8 - MÉDICO ASSISTENTE**

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