



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ALFAEPOETINA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																						
2	CENTRO DE DIÁLISE: _____																						
3	IDADE DO PACIENTE: _____																						
4	DOENÇA DE BASE QUE DETERMINA A DRC: _____																						
5	ESTÁGIO DA DRC: _____																						
6	TIPO DE TRATAMENTO: ☐ Conservador ☐ Diálise peritoneal ☐ Hemodiálise																						
7	INFORMAR SE O PACIENTE ESTÁ RECEBENDO TRANSFUSÃO DE SANGUE: ☐ SIM ☐ NÃO																						
8	INFORMAR SE É O PRIMEIRO TRATAMENTO COM ALFAEPOETINA: ☐ SIM ☐ NÃO SE NÃO, INFORMAR: A) ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO: HEMÁCIAS: _____, HEMATÓCRITO: _____, HEMOGLOBINA: _____ HÁ QUANTO TEMPO INTERROMPEU O TRATAMENTO? _____ MOTIVO: _____ B) USOU O MEDICAMENTO FORNECIDO PELO SUS? ☐ SIM ☐ NÃO																						
9	INFORMAR A DOSE SOLICITADA: _____ Esquemas Terapêuticos Sugeridos: <table border="1"><thead><tr><th>PESO DO PACIENTE</th><th>DOSE DE INICIAL</th><th>DOSE DE MANUTENÇÃO 01</th><th>DOSE DE MANUTENÇÃO 02</th><th>DOSE DE MANUTENÇÃO 03</th></tr></thead><tbody><tr><td>20 – 30 Kg</td><td>1.000 UI x 3</td><td>1.000 UI x 2</td><td>1.000 UI x 1</td><td rowspan="4">OUTRA PRESCRIÇÃO (CONSULTAR PCDT)</td></tr><tr><td>30,1 – 50 Kg</td><td>2.000 UI x 3</td><td>2.000 UI x 2</td><td>1.000 UI x 2</td></tr><tr><td>50,1 – 65 Kg</td><td>3.000 UI x 3</td><td>3.000 UI x 2</td><td>2.000 UI x 2</td></tr><tr><td>Acima de 65 Kg</td><td>4.000 UI x 3</td><td>4.000 UI x 2</td><td>3.000 UI x 2</td></tr></tbody></table> Atenção! Dose máxima: 300UI/Kg/semana por via subcutânea ou 450UI/Kg/semana por via intravenosa.	PESO DO PACIENTE	DOSE DE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO 01	DOSE DE MANUTENÇÃO 02	DOSE DE MANUTENÇÃO 03	20 – 30 Kg	1.000 UI x 3	1.000 UI x 2	1.000 UI x 1	OUTRA PRESCRIÇÃO (CONSULTAR PCDT)	30,1 – 50 Kg	2.000 UI x 3	2.000 UI x 2	1.000 UI x 2	50,1 – 65 Kg	3.000 UI x 3	3.000 UI x 2	2.000 UI x 2	Acima de 65 Kg	4.000 UI x 3	4.000 UI x 2	3.000 UI x 2
PESO DO PACIENTE	DOSE DE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO 01	DOSE DE MANUTENÇÃO 02	DOSE DE MANUTENÇÃO 03																			
20 – 30 Kg	1.000 UI x 3	1.000 UI x 2	1.000 UI x 1	OUTRA PRESCRIÇÃO (CONSULTAR PCDT)																			
30,1 – 50 Kg	2.000 UI x 3	2.000 UI x 2	1.000 UI x 2																				
50,1 – 65 Kg	3.000 UI x 3	3.000 UI x 2	2.000 UI x 2																				
Acima de 65 Kg	4.000 UI x 3	4.000 UI x 2	3.000 UI x 2																				
10	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____																						
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																						



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CENTRO DE DIÁLISE: _____
3	IDADE DO PACIENTE: _____
4	DOENÇA DE BASE QUE DETERMINA A DRC: _____
5	ESTÁGIO DA DRC: _____
6	TIPO DE TRATAMENTO: ☐ Conservador ☐ Diálise Peritoneal ☐ Hemodiálise
7	INFORMAR SE O PACIENTE ESTÁ RECEBENDO TRANSFUSÃO DE SANGUE: ☐ SIM ☐ NÃO
8	INFORMAR SE É O PRIMEIRO TRATAMENTO COM SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO: ☐ SIM ☐ NÃO SE NÃO, INFORMAR: A) USOU O MEDICAMENTO FORNECIDO PELO SUS? ☐ SIM ☐ NÃO B) HÁ QUANTO TEMPO FEZ O ÚLTIMO TRATAMENTO? _____
9	INFORMAR A DOSE SOLICITADA: ☐ Ataque: 10 ampolas no 1º mês e 02 ampolas nos meses seguintes (10 + 02 + 02 + 02 + 02 + 02) ☐ Manutenção: 02 ampolas por mês (02 + 02 + 02 + 02 + 02 + 02)
10	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____ _____ _____ _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico