
 <small>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO DEARA</small>	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PRÓ-COAGULANTES	<small>FORM.FAR 24</small> <small>REV: 00</small>
NOME: _____ PRONTUÁRIO _____ DATA NASCIMENTO: ___/___/___ PESO _____ kg HEMOFILIA A <input type="checkbox"/> HEMOFILIA B <input type="checkbox"/> VON WILLEBRAND <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____ Obrigatório: SE HEMOFILIA A EM USO DE CCPA OU FVII, colocar: Último Título de inibidor: _____ Data: ___/___/___		
INDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> HEMARTROSE <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> TRAUMA: _____ <input type="checkbox"/> TRATAMENTO DENTÁRIO <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA _____	<input type="checkbox"/> PUNHO D () E () <input type="checkbox"/> COTOVELO D () E () <input type="checkbox"/> OMBRO D () E () <input type="checkbox"/> TORNOZELO D () E () <input type="checkbox"/> OMBRO D () E () <input type="checkbox"/> JOELHO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA PRIMÁRIA <input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª C.D. <input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª L.D. <input type="checkbox"/> PROFILAXIA Terciária <input type="checkbox"/> IMUNOTOLERÂNCIA <input type="checkbox"/> _____
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
<input type="checkbox"/> FVIII <input type="checkbox"/> FIX <input type="checkbox"/> CCPa <input type="checkbox"/> FvW <input type="checkbox"/> DDAVP <input type="checkbox"/> FVIIa <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> FVIIIr		
TA: _____ UI ou mg; ___/___ h		
TC: _____ UI ou mg, Frequencia _____, por _____ Dia(s)		

PP/PS/PT : _____ UI ou mg, Frequencia: _____, por _____ mês		
ITI: : _____ UI _____ X Semana, por _____ mês(es)		
DD: _____ UI ou mg, _____ doses		
() EMICIZUMABE		
TA _____ mg,		
Profilaxia _____ mg () 1x semana () a cada 15 dias		
Instrução do volume a ser usado: _____		

MÉDICO - CRM – CARIMBO		DATA
<small>TA: TRATAMENTO AMBULATORIAL / TC: TRATAMENTO DE CONTINUIDADE / DD: DOSE DOMICILIAR</small>		
<small>PP:PROFILAXIA PRIMÁRIA / OS:PROFILAXIA SECUNDÁRIA / PT:PROFILAXIA Terciária / ITI: IMUNOTOLERÂNCIA</small>		
TRATAMENTO HOSPITALAR: _____ UI/mgde ___/___ h por _____ Dia(s)		
Hospital: _____ Técnico Solicitante: _____		
Médico/CRM: _____ Horário: _____		

3.037.022

IT.FAR 03

 <small>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO DEARA</small>	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PRÓ-COAGULANTES	<small>FORM.FAR 24</small> <small>REV: 00</small>
NOME: _____ PRONTUÁRIO _____ DATA NASCIMENTO: ___/___/___ PESO _____ kg HEMOFILIA A <input type="checkbox"/> HEMOFILIA B <input type="checkbox"/> VON WILLEBRAND <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____ Obrigatório: SE HEMOFILIA A EM USO DE CCPA OU FVII, colocar: Último Título de inibidor: _____ Data: ___/___/___		
INDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> HEMARTROSE <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> TRAUMA: _____ <input type="checkbox"/> TRATAMENTO DENTÁRIO <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA _____	<input type="checkbox"/> PUNHO D () E () <input type="checkbox"/> COTOVELO D () E () <input type="checkbox"/> OMBRO D () E () <input type="checkbox"/> TORNOZELO D () E () <input type="checkbox"/> OMBRO D () E () <input type="checkbox"/> JOELHO D () E ()	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA PRIMÁRIA <input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª C.D. <input type="checkbox"/> PROFILAXIA 2ª L.D. <input type="checkbox"/> PROFILAXIA Terciária <input type="checkbox"/> IMUNOTOLERÂNCIA <input type="checkbox"/> _____
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
<input type="checkbox"/> FVIII <input type="checkbox"/> FIX <input type="checkbox"/> CCPa <input type="checkbox"/> FvW <input type="checkbox"/> DDAVP <input type="checkbox"/> FVIIa <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> FVIIIr		
TA: _____ UI ou mg; ___/___ h		
TC: _____ UI ou mg, Frequencia _____, por _____ Dia(s)		

PP/PS/PT : _____ UI ou mg, Frequencia: _____, por _____ mês		
ITI: : _____ UI _____ X Semana, por _____ mês(es)		
DD: _____ UI ou mg, _____ doses		
() EMICIZUMABE		
TA _____ mg		
Profilaxia _____ mg () 1x semana () a cada 15 dias		
Instrução do volume a ser usado: _____		

MÉDICO - CRM – CARIMBO		DATA
<small>TA: TRATAMENTO AMBULATORIAL / TC: TRATAMENTO DE CONTINUIDADE / DD: DOSE DOMICILIAR</small>		
<small>PP:PROFILAXIA PRIMÁRIA / OS:PROFILAXIA SECUNDÁRIA / PT:PROFILAXIA Terciária / ITI: IMUNOTOLERÂNCIA</small>		
TRATAMENTO HOSPITALAR: _____ UI/mgde ___/___ h por _____ Dia(s)		
Hospital: _____ Técnico Solicitante: _____		
Médico/CRM: _____ Horário: _____		

3.037.022

IT.FAR 03