

I. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. NOME	2. CRM	3. ESPECIALIDADE	4. TELEFONE
DECLARO QUE SOU RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO DESTE TRATAMENTO E PRESTAREI AO BENEFICIÁRIO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS.			

II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. NOME	2. Telefone

III. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE TRATAMENTO ANEMIAFERROPRIVA)

a) PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO COM FERRO VIA ORAL?

NÃO	SIM, QUAL MEDICAMENTO?	DURAÇÃO DE TRATAMENTO:

b) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE TRATAMENTO ANEMIAFERROPRIVA)

INDICAÇÕES	SIM	INDICAÇÕES	SIM	INDICAÇÕES	SIM
1. GASTROPLASTIA REDUTORA; GASTRECTOMIA; GASTRITE ATRÓFICA AUTO-IMUNE		3. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL; DOENÇA CELIACA		5. HEMODIÁLISE	
2. GESTAÇÃO		4. NEOPLASIA		6. DOENÇA RENAL CRÔNICA	

c) DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIA DOS LAUDOS)

1. DOSAGEM DE FERRITINA <input type="checkbox"/> DATA: ____ / ____ / ____ RESULTADO: _____	2. HEMOGRAMA COMPETO (HB) <input type="checkbox"/> DATA: ____ / ____ / ____ RESULTADO: _____	3. PESO: _____ KG
--	--	----------------------

IV. MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA TABELA PLANSERV

MEDICAMENTOS:	POSOLOGIA:
1. NORIPURUM IV (SACARATODE HIDRÓXIDO FÉRRICO)	

A AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DO PACIENTE FICA SOB A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO ASSISTENTE.

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE