

I - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. NOME	2. CRM	3. ESPECIALIDADE	4. TELEFONE

DECLARO QUE SOU RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO DESTA 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 ANEMIA FERROPRIVA)

INDICAÇÕES	SIM	NÃO	INDICAÇÕES	SIM	NÃO
1. GASTROPLASTIA REDUTORA; GASTRECTOMIA; GASTRITE ATRÓFICA AUTO-IMUNE			3. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL; DOENÇA CELIACA		
2. GESTAÇÃO			4. NEOPLASIA		

IV - DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIA DOS LAUDOS)

1. DOSAGEM DE FERRITINA <input type="checkbox"/> DATA: ____/____/____ _____	2. HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> DATA: ____/____/____ _____
---	---

V – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA TABELA PLANSERV

MEDICAMENTOS:	POSOLOGIA:
1. NORIPURUM IV (SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO)	

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

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE