

Justificativa de Infusão de Ferro Endovenoso

Prezado(a) Colega,

Em conformidade com o protocolo institucional vigente, informamos que os critérios estabelecidos para a infusão de

ferro endovenoso são:

- ✓ Falha ao tratamento oral (por intolerância ou perda da eficácia após 8 semanas de tratamento com ferro oral);
- ✓ Anemia por deficiência de ferro sintomática;
- ✓ Anemia por deficiência de ferro moderada a severa;
- ✓ Necessidade grandes ingestões de ferro para repor as perdas sanguíneas diárias que superam a capacidade de absorção pelo trato gastrointestinal;
- ✓ Tratamento precoce da anemia da doença inflamatória intestinal, sendo já utilizada como primeira linha de tratamento em pacientes com ou sem intolerância à reposição oral;
- ✓ Anemia da malignidade em pacientes e/ou pacientes em quimioterapia;
- ✓ Doença renal crônica e/ou em pacientes em hemodiálise;
- ✓ Pacientes portadores de insuficiência cardíaca;
- ✓ Pacientes com distúrbio de absorção por cirurgia bariátrica prévia ou gastrectomia prévia;
- ✓ Pacientes que apresentam necessidade de reposição rápida dos estoques de ferro, como pré-operatório e gestação de 3º trimestre

Solicitamos, gentilmente, que a indicação seja devidamente justificada mediante o preenchimento dos itens abaixo relacionados:

- **Valor de Hemoglobina:** _____
- **Valor de Ferritina:** _____
- **Valor de índice de saturação de transferrina (quando indicado):** _____

- **Gestante 3º trimestre:** () Sim () Não
- **Cirurgia breve:** () Sim () Não
- **Gastrectomia/Bariátrica:** () Sim () Não
- **Intolerância a terapia oral:** () Sim () Não
- **Falha terapêutica:** () Sim () Não
- **Sangramento ativo:** () Sim () Não

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

