

PLANO TERAPÊUTICO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO (Ferinject® e Noripurum®)

Nome do(a) paciente: _____ Idade _____

Data nascimento: _____ Sexo Masc. Fem.

Diagnóstico principal: _____

Critérios diagnósticos: _____

CID: _____ **Código tabela AM** 20104391 – IV 20104421 – SC

Comorbidades: hipertensão diabetes cardiopata nefropata

outros: _____

Medicações que utiliza
(com dose e frequência): _____

Alergias: Não Sim Quais: _____

Exame laboratorial comprobatório Não Sim Quais: _____

Já realizou tratamento para essa patologia? Não Sim Quais: _____

Evolução: _____

Alteração da mobilidade? Não Sim Quais: _____

Conduta médica: _____

Alguma alteração na rotina de aplicação? Não Sim Intervalo entre as aplicações: _____

Tempo de tratamento: _____

Metas terapêuticas, com prazo especificado para cada uma:

1. _____

2. _____

PROJETO TERAPÊUTICO DA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: _____

Médico(a) solicitante: _____ CRM _____ CARIMBO MÉDICO

Assinatura: _____

Data da próxima renovação: _____

Outros documentos a serem anexados:

relatório médico, termo de consentimento assinado pelo(a) paciente e médico(a)
e este plano terapêutico preenchido pelo(a) médico(a) assistente.