



SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO CLOPIDOGREL SOB USO RESTRITO DO PROTOCOLO VIGENTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE PARA DISPENSAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

MASCULINO

FEMININO

ENDEREÇO:

TELEFONE DE CONTATO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

POSOLOGIA

CLOPIDOGREL 75 MG / DIA:

JUSTIFICATIVA

EVENTO ISQUÊMICO:

ANGINA INSTÁVEL

IAM / SUPRA

AVC

DATA DA OCORRÊNCIA: _____

PROCEDIMENTO:

SIM

NÃO

DATA DO PROCEDIMENTO: _____

ANGIOPLASTIA:

COM STENT

COM BALÃO

ENDARTERECTOMIA

OUTROS E JUSTIFIQUE:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO PROPOSTO:

OUTROS FATORES DE RISCO:

FUMANTE

DIABÉTICO

DISLIPIDÊMICO

SINDROME METABÓLICA

USO CONCOMITANTE DE:

AAS

AINE

VARFARINA

OUTROS: _____

DOCUMENTOS ANEXOS (CÓPIA SIMPLES):

TOMOGRÁFIA OU RESSONÂNCIA DE CRÂNIO

ULTRASSONOGRÁFIA DE CARÓTIDA

LAUDOS:

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO

CATETERISMO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE: