



## SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO CLOPIDOGREL SOB USO RESTRITO DO PROTOCOLO VIGENTE

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

### INDICAÇÃO

CID 10:

#### EVENTO ISQUÊMICO:

ANGINA INSTÁVEL

IAM / SUPRA

AVC

DATA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_  
(DIA / MÊS / ANO)

#### PROCEDIMENTO:

SIM QUAL? \_\_\_\_\_

NÃO

DATA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
(DIA / MÊS / ANO)

#### ANGIOPLASTIA:

SEM STENT

COM STENT NÃO FARMACOLÓGICO

DATA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
(DIA / MÊS / ANO)

COM STENT FARMACOLÓGICO

OUTRO: QUAL?

JUSTIFICATIVA:

DURAÇÃO DO TRATAMENTO PROPOSTO:

03 MESES

06 MESES

12 MESES

#### OUTROS FATORES DE RISCO:

FUMANTE

DISLIPIDÊMICO

SINDROME METABÓLICA

DIABÉTICO

#### USO CONCOMITANTE DE:

AAS

VARFARINA

AINE

OUTROS: \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS ANEXOS (CÓPIA SIMPLES):

TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA DE CRÂNIO

ULTRASSONOGRRAFIA DE CARÓTIDA

LAUDOS:

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO

CATETERISMO

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE: