



SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO ENOXAPARINA

USO RESTRITO AO PROTOCOLO VIGENTE

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

NOME DO PACIENTE: _____

CARTÃO NACIONAL DO SUS: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____

BAIRRO: _____

COMPLEMENTO: _____

JUSTIFICATIVA: _____

POSOLOGIA: _____

PLANO DE TRATAMENTO / DURAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: _____

IDADE GESTACIONAL: _____

DATA PROVÁVEL DO PARTO: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS: _____

ANEXOS:

- RELATÓRIO MÉDICO
- PRESCRIÇÃO MÉDICA
- EXAMES COMPROBATÓRIOS CONFORME PROTOCOLO
- EXAME COMPROBATÓRIO DA GESTAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

CRM: _____

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

ASSINATURA / CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE