



## 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