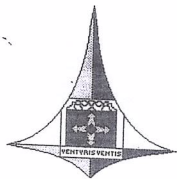


Anexo 1. Formulário de Dispensação do Enoxaparina



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA

Nome:		Reg. SES:	
Unid. de Saúde:	Clínica: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Emergência		
Diagnóstico:		Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IAMCSST: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		IGP: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p>ATENÇÃO: De acordo com a Nota Técnica N.º 2/2021 - SES/SAIS/CATES/DIASF (processo Sei nº 00060-00088428/2021-95), a Enoxaparina deverá ser reservada para gestantes, principalmente em nível ambulatorial. Em seguida, o idem (Clexane®) deverá ser destinado aos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento de ST submetidos à angioplastia primária. O seu uso para outras finalidades poderá acarretar a falta deste medicamento para as populações mais sensíveis.</p>			
<p>Prescrição (Dose, Apresentação, Duração)</p> <p><input type="checkbox"/> Enoxaparina <input type="checkbox"/> Clexane®</p>			
<p>ATENÇÃO: A enoxaparina de nome comercial CLEXANE® só será dispensada para casos de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST) nos casos de pessoas submetidas à angioplastia primária. Para maiores informações, consulte a Nota Técnica N.º 2/2021 - SES/SAIS/CATES/DIASF (processo Sei nº 00060-00088428/2021-95).</p>			
Data:	Médico solicitante:	Enfermeiro Plantonista (exceto ambulatorial):	