

|                                                                                   |                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|
|  | <b>Tipo</b>                     | <b>Código</b>  |
|                                                                                   | Formulário                      | XXXXXX         |
|                                                                                   | <b>Título</b>                   | <b>Revisão</b> |
|                                                                                   | Solicitação de Ferritina Sérica | 0              |
|                                                                                   |                                 | <b>Página</b>  |
|                                                                                   |                                 | 1 de 2         |

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO — FERRITINA SÉRICA

Athena Saúde — Gestão de Centros Médicos Próprios

### LEIA ANTES DE PREENCHER

A dosagem isolada de ferritina **não é recomendada como rastreamento populacional**.

O profissional solicitante declara, ao assinar este formulário, ciência integral deste protocolo.

### SEÇÃO 1 — IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (todos os campos obrigatórios)

| Campo                   | Preenchimento                                  |
|-------------------------|------------------------------------------------|
| Nome completo           | _____                                          |
| Data de nascimento      | ____/____/____ Idade: ____ anos                |
| Sexo biológico          | Masculino Feminino                             |
| Está gestando?          | Não Sim — IG: ____ semanas DUM: ____/____/____ |
| CPF                     | ____.____.____-____                            |
| Carteirinha / matrícula | _____                                          |
| Plano / convênio        | _____                                          |
| Unidade Athena          | _____                                          |
| Peso (kg)               | ____ Altura (m): ____ IMC: ____                |

### SEÇÃO 2 — IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

| Campo                | Preenchimento |
|----------------------|---------------|
| Nome completo        | _____         |
| CRM / UF             | ____/____     |
| RQE                  | _____         |
| Especialidade        | _____         |
| Unidade Athena       | _____         |
| E-mail institucional | _____         |
| Telefone             | _____         |

### SEÇÃO 3 — VERIFICAÇÃO DE DOSAGEM PRÉVIA (obrigatório)

**Regra institucional:** Repetição em intervalo inferior a **6 meses** sem mudança terapêutica ou clínica significativa exige justificativa adicional. Em paciente em reposição de ferro: intervalo mínimo de **12 semanas** após início/troca de via.

- O paciente já dosou ferritina nos últimos 12 meses? Não, primeira dosagem Sim — data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_ ng/mL Desconheço (pesquisar prontuário antes da solicitação)
- Caso “Sim”, justificar repetição: Avaliação de resposta à reposição (≥8 semanas após início/troca) Suspeita de sangramento ativo / novo evento clínico Programa de monitorização em condição crônica (hemocromatose, talassemia, hemodiálise) Outra: \_\_\_\_\_

### SEÇÃO 4 — INDICAÇÃO CLÍNICA (somente as listadas são autorizadas)

#### 4.1 Investigação / acompanhamento de anemia

Anemia confirmada em hemograma — Hb: \_\_\_\_ g/dL VCM: \_\_\_\_ fL — data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anemia microcítica/hipocrômica

Anemia normocítica em investigação etiológica

Anemia em paciente com DRC (TFGe \_\_\_\_ mL/min)

Anemia em DII / doença crônica inflamatória ativa

Acompanhamento de anemia ferropriva sob reposição (≥8 semanas de tratamento)

#### 4.2 Deficiência funcional de ferro suspeita / restrição alimentar significativa

Vegetariano/vegano estrito com sintomas compatíveis (≥2 sintomas objetivos): \_\_\_\_\_

Doador de sangue regular (≥3 doações/ano) com sintomas

Mulher em idade reprodutiva com **menorragia documentada** (escore PBAC > 100 ou registro clínico)

Gestante (qualquer trimestre) — conforme protocolo de pré-natal

Puérpera com perda hemorrágica significativa

|                   |                |                  |
|-------------------|----------------|------------------|
| <b>Elaboração</b> | <b>Revisão</b> | <b>Aprovação</b> |
| _____             | _____          | _____            |
|                   |                | Data: 20/05/2026 |

|                                                                                   |                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|
|  | <b>Tipo</b>                     | <b>Código</b>  |
|                                                                                   | Formulário                      | FOR LAB 0002   |
|                                                                                   | <b>Título</b>                   | <b>Revisão</b> |
|                                                                                   | SOLICITAÇÃO DE FERRITINA SÉRICA | 0              |
|                                                                                   |                                 | <b>Página</b>  |
|                                                                                   |                                 | 2 de 2         |

Pós-cirurgia bariátrica — tipo: Bypass Sleeve Switch — data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Sangramento gastrointestinal documentado (sangue oculto, melena, hematoquezia) — em investigação

#### 4.3 Suspeita de sobrecarga de ferro / doença genética

História familiar de hemocromatose hereditária  
 Hepatopatia inexplicada  
 Elevação de transaminases sem causa definida  
 Diabetes + hiperpigmentação cutânea + hepatopatia (tríade)  
 Politransfundido (≥10 concentrados de hemácias vida)  
 Talassemia / anemia sideroblástica  
 Porfíria cutânea tarda em investigação

#### 4.4 Condições neurológicas/sistêmicas reconhecidas

Síndrome das pernas inquietas (SPI) com critérios clínicos documentados  
 Pica documentada  
 Insuficiência cardíaca com FEVE ≤ 40% (avaliação de ferroopenia funcional)  
 Pré-operatório de cirurgia de grande porte com previsão de perda sanguínea

#### 4.5 Indicação não listada

Indicação não contemplada — **exige parecer prévio da auditoria médica** (Seção 9)

### SEÇÃO 5 — CID-10 OBRIGATÓRIO (mínimo 1, máximo 3)

| CID | Descrição |
|-----|-----------|
|     |           |
|     |           |
|     |           |

### SEÇÃO 6 — DADOS CLÍNICOS DE SUPORTE

6.1 Tempo de evolução do quadro: \_\_\_\_ meses

6.2 Achados objetivos (marcar todos aplicáveis)

Palidez cutâneo-mucosa ao exame físico  
 Taquicardia / sopro sistólico funcional  
 Glossite / queilite angular / coiloníquia  
 Dispneia aos esforços documentada  
 Pica documentada  
 Sintomas de SPI segundo critérios IRLSSG  
 Sangramento clinicamente evidente  
 Outros: \_\_\_\_\_

6.3 Hemograma recente (anexar — exigido para indicações 4.1, 4.2 e 4.4)

- Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Hb: \_\_\_\_ g/dL Ht: \_\_\_\_ %
- VCM: \_\_\_\_ fL HCM: \_\_\_\_ pg CHCM: \_\_\_\_ g/dL RDW: \_\_\_\_ %
- Plaquetas: \_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> Leucócitos: \_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

6.4 PAINEL DE FERRO COMPLEMENTAR (marque os que serão solicitados/já realizados na mesma investigação)

Ferro sérico  
 Transferrina / TIBC  
 Saturação de transferrina  
 Receptor solúvel da transferrina (sTfR)  
 PCR / VHS (obrigatório quando há suspeita de doença inflamatória)  
 Reticulócitos

### SEÇÃO 7 — CONDUTA TERAPÊUTICA ATUAL

Paciente **não está** em reposição de ferro

Em reposição via oral:

- Princípio ativo: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_ mg Frequência: \_\_\_\_\_
- Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Adesão estimada: Boa Regular Ruim

|                                                                                   |                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|
|  | <b>Tipo</b>                     | <b>Código</b>  |
|                                                                                   | Formulário                      | FOR LAB 0002   |
|                                                                                   | <b>Título</b>                   | <b>Revisão</b> |
|                                                                                   | SOLICITAÇÃO DE FERRITINA SÉRICA | 0              |
|                                                                                   |                                 | <b>Página</b>  |
|                                                                                   |                                 | 3 de 2         |

Em reposição via parenteral:

- Princípio ativo: \_\_\_\_\_ Dose total: \_\_\_\_\_ mg
- Data da última infusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SEÇÃO 9 — SOLICITAÇÃO DE EXCEÇÃO (apenas se Seção 4.5 marcada)

9.1 Indicação fora do protocolo: \_\_\_\_\_

9.2 Referência bibliográfica (diretriz/artigo — formato Vancouver): \_\_\_\_\_

9.3 Parecer do Auditor Médico: Autorizado Negado Em análise Auditor: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SEÇÃO 10 — DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO SOLICITANTE

Declaro, que:

Estou ciente de que poderá haver **glosa** em caso de inconsistência entre indicação, CID e dados clínicos.

Autorizo a auditoria médica a consultar o prontuário para validação.

## SEÇÃO 11 — ASSINATURAS

|                                     |                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Médico solicitante</b>           | _____                                          |
| Data                                | ____/____/____ Hora: ____:____                 |
| Assinatura/Carimbo                  | _____                                          |
| <b>Auditor médico (uso interno)</b> | _____                                          |
| Parecer                             | Autorizado Glosado Devolvido p/ complementação |
| Data                                | ____/____/____                                 |

Uso exclusivo da auditoria — não preencher

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| <b>Campo</b>         | <b>Conteúdo</b> |
| Protocolo de entrada | _____           |
| Score de aderência   | ____ / 100      |
| Observações          | _____           |

Documento institucional — versão 1.0 — vigência a partir de 2026.