

	Tipo	Código
	Formulário	Revisão
	Título	0
	Solicitação de Vitamina B12	Página
		1 de 2

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO — VITAMINA B12 (COBALAMINA SÉRICA)

Athena Saúde — Gestão de Centros Médicos Próprios

LEIA ANTES DE PREENCHER

A dosagem de vitamina B12 sérica **não é recomendada como exame de rastreamento populacional**

SEÇÃO 1 — IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (todos obrigatórios)

Campo	Preenchimento
Nome completo	_____
Data de nascimento	____/____/____ Idade: ____ anos
Sexo biológico	Masculino Feminino
Gestante?	Não Sim — IG: ____ semanas
CPF	____.____.____-____
Carteirinha/matricula	_____
Plano/convênio	_____
Unidade Athena	_____
Peso (kg)	____ Altura (m): ____ IMC: ____
Padrão alimentar	Onívoro Vegetariano Vegano estrito Outro: ____

SEÇÃO 2 — IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

SEÇÃO 3 — VERIFICAÇÃO DE DOSAGEM PRÉVIA (obrigatório)

Regra institucional: Repetição em intervalo inferior a **12 meses** sem mudança clínica/terapêutica exige justificativa. Em reposição parenteral, intervalo mínimo de **3 meses** após início para reavaliação. Em reposição oral, **6 meses**.

Atenção: suplementação oral recente (até 14 dias) pode **mascarar deficiência** — solicitação nessa janela exige justificativa.

- Última dosagem de B12 nos últimos 12 meses? Não, primeira dosagem Sim — data: ____/____/____ Resultado: ____ pg/mL (pmol/L: ____). Desconheço (*pesquisar prontuário antes da solicitação*)
- Paciente está em uso de suplemento contendo B12 nos últimos 30 dias? Não Sim — princípio: ____ dose: ____ via: VO SL IM Início: ____/____/____ Última dose: ____/____/____
- Caso "Sim" para dosagem prévia, justificar repetição: Resposta à reposição parenteral (≥3 meses) Resposta à reposição oral (≥4 meses) Novo quadro clínico ou piora Início de fator de risco novo Outra: _____

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

4.1 Hematológicas

Anemia macrocítica (VCM > 100 fL) — Hb: ____ g/dL VCM: ____ fL — data: ____/____/____
 Anemia normocítica em investigação ampla
 Bicitopenia / pancitopenia em investigação
 Hipersegmentação de neutrófilos no esfregaço
 Aumento de DHL/bilirrubina indireta com suspeita de eritropoese ineficaz
 Reticulopenia em investigação

4.2 Neurológicas / neuropsiquiátricas

Neuropatia periférica em investigação etiológica
 Mielopatia / sintomas compatíveis com degeneração combinada subaguda
 Declínio cognitivo / suspeita de demência (investigação inicial)
 Glossite atrófica documentada

Elaboração	Revisão	Aprovação
		Data: 20/05/2026

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0003
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE VITAMINA B12	0
		Página
		2 de 2

Ataxia inexplicada em investigação
 Quadro psiquiátrico atípico em idoso (≥65 anos) em investigação orgânica

4.3 Fatores de risco gastrintestinais / cirúrgicos

Pós-gastrectomia total ou parcial — data: ____/____/____
 Pós-cirurgia bariátrica — tipo: Bypass Sleeve Switch — data: ____/____/____
 Doença de Crohn com acometimento ileal ou ressecção ileal
 Gastrite atrófica documentada (endoscopia/biópsia)
 Síndrome de supercrescimento bacteriano (SIBO) documentada
 Insuficiência pancreática exócrina
 Anemia perniciosa suspeita/confirmada
 Infecção por *Helicobacter pylori* + dispepsia crônica

4.4 Medicamentos com impacto reconhecido

Metformina por ≥ 4 anos ou dose ≥ 1500 mg/dia por ≥ 1 ano
 Inibidor de bomba de prótons (IBP) crônico (≥ 12 meses contínuos)
 Antagonista H2 crônico (≥ 12 meses)
 Óxido nitroso (exposição recente significativa)
 Antirretroviral com impacto medular
 Colestiramina / metformina + IBP combinados

4.5 Grupos populacionais

Vegetariano estrito / vegano **sem suplementação adequada** (≥ 6 meses)
 Idoso (≥ 75 anos) com **sintomas neurológicos ou cognitivos** em investigação
 Gestante vegetariana/vegana sem suplementação documentada
 Lactente filho de mãe vegana sem suplementação na gestação/lactação
 Etilismo crônico em investigação nutricional

4.6 Indicação não listada

Indicação não contemplada — **exige parecer prévio da auditoria** (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 Sintomas/achados objetivos (marcar todos aplicáveis)

Parestesia em luvas/meias documentada
 Diminuição da parestesia/propriocepção ao exame
 Marcha atáxica
 Hiporreflexia ou hiperreflexia patológica
 Sinal de Romberg positivo
 Glossite "depapilada"
 Declínio cognitivo objetivado (mini-mental/MoCA — escore: ____)
 Palidez / icterícia leve
 Sintomas psiquiátricos atípicos em idoso
 Outros: _____

6.3 Hemograma recente (obrigatório para indicações 4.1 e 4.2)

• Data: ____/____/____
 • Hb: ____ g/dL VCM: ____ fL HCM: ____ pg RDW: ____ %
 • Plaquetas: ____ /mm³ Leucócitos: ____ /mm³
 • Esfregaço: Macrocitose Hipersegmentação Outros: _____

6.4 Exames complementares já realizados/planejados na mesma investigação

Ferritina (excluir deficiência combinada)
 Folato sérico/eritrocitário

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0003
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE VITAMINA B12	0
		Página
		3 de 2

TSH (excluir hipotireoidismo)
 Função renal e hepática
 DHL / bilirrubinas / reticulócitos
 Eletroforese de proteínas / mieloma em idoso
 Anti-fator intrínseco / anti-célula parietal (se *anemia perniciosa*)
 Holo-transcobalamina / MMA / homocisteína (em zona cinzenta — justificar)

SEÇÃO 7 — CONDUTA TERAPÊUTICA ATUAL

Paciente **não está** em reposição de B12

Em reposição:

- Princípio ativo: _____
- Via: Oral Sublingual Intramuscular
- Dose: _____ Frequência: _____
- Data de início: ____/____/____
- Tempo desde última dose: _____ dias

SEÇÃO 9 — SOLICITAÇÃO DE EXCEÇÃO (apenas se Seção 4.6 marcada)

9.1 Indicação fora do protocolo: _____

9.2 Referência bibliográfica (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 da possibilidade de **glosa** em caso de inconsistência.

SEÇÃO 11 — ASSINATURAS

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

Uso exclusivo da auditoria — não preencher

Campo	Conteúdo
Protocolo de entrada	_____
Score de aderência	____ / 100
Observações	_____

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