	Tipo	Código
	Formulário	XXXXXX
	Título	Revisão
	Solicitação de Ferritina Sérica	0
		Página
		1 de 3

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	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Está gestando?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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

Elaboração	Revisão	Aprovação
		Data: 20/05/2026

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0002
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE FERRITINA SÉRICA	0
		Página
		2 de 3

- 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
 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 (triade)
 Politransfundido (≥ 10 concentrados de hemácias vida)
 Talassemia / anemia sideroblástica
 Porfiria 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 $\leq 40\%$ (avaliação de ferropenia 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: _____/mm³ Leucócitos: _____/mm³

6.4 Pannel 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

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0002
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE FERRITINA SÉRICA	0
		Página
		3 de 3

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
- 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

Médico solicitante	
Data	____/____/____ Hora: ____:____
Assinatura/Carimbo	
Auditor médico (uso interno)	
Parecer	<input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Glosado <input type="checkbox"/> 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.