

	Tipo	Código
	Formulário	Revisão
	Título	0
	Solicitação de Vitamina B12	Página
		1 de 4

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

Elaboração	Revisão	Aprovação
		Data: 20/05/2026

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0003
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE VITAMINA B12	0
		Página
		2 de 4

- ☐ Mielopatia / sintomas compatíveis com degeneração combinada subaguda
☐ Declínio cognitivo / suspeita de demência (investigação inicial)
☐ Glossite atrófica documentada
☐ 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/biopsia)
☐ 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 nítrico (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: _____

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0003
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE VITAMINA B12	0
		Página
		3 de 4

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
- ☐ 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

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0003
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE VITAMINA B12	0
		Página
		4 de 4

Observações	
-------------	--

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