



Solicitação de Medicamento de Uso Restrito – Octreotida

Identificação do paciente	
Nome: _____	Registro: _____ Idade: _____
Sexo: _____	Unidade de Internação: _____ Ramal: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Peso: _____
Diagnóstico: _____	

Octreotida	
Dosagem/Posologia: _____	
Tempo de tratamento previsto: _____	
Justificativa da prescrição:	
<p>() Hemorragia Digestiva Alta Varicosa. Dose: 50 mcg IV em “bolus”, seguida de infusão de 25 a 50mcg/hora (equivalente a 6 ampolas de 12 em 12 horas) por 2 a 5 dias. Se o sangramento não for controlado pode-se repetir o “bolus” na primeira hora.</p>	
<p>() Hemorragia Digestiva Alta de etiologia ainda desconhecida (não realizou EDA) com forte indício de Hemorragia Varicosa. Neste caso o medicamento pode ser liberado para uso por até 48 horas nas doses acima citadas, até que se realize a EDA. Caso a EDA revele HDA não varicosa, a medicação deve ser suspensa. Caso se confirme HDA varicosa, manter o tratamento.</p>	
<p>() Hipoglicemia induzida por hipoglicemiantes orais da classe das sulfoniluréias não responsivos ou recorrentes após uso de 2 doses de glicose hipertônica (50%). Dose: 50 a 100mcg a cada 6 a 12 horas – habitualmente são necessárias de 1 a 3 doses.</p>	
<p>() Fístula gastrointestinal (GI) – fístulas GI de alto débito, por mais de 5 a 7 dias em que não ocorra diminuição do débito. Débito de fístula pancreática > 200 mL/24h ou fístula entérica > 500mL/24h. Dose: 500 a 100mcg SC de 8/8h, até fechamento da fístula ou para estabilização pré-operatória.</p>	
<p>() Outra _____</p>	
Data: ____/____/____	
Hora: _____	
_____ Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante	

Autorização para fornecimento	
(SOMENTE PARA AS SOLICITAÇÕES QUE ESTIVEREM COM A OPÇÃO “OUTRA”)	
Data: ____/____/____	
Hora: _____	
_____ Diretoria de Medicina HU/UFSC	

Serviço de Farmácia	
Recebida autorização de fornecimento em: ____/____/____ Hora: _____	
Ass. Responsável: _____	
Entregue à unidade solicitante em: ____/____/____ Hora: _____	
Ass. Responsável: _____	
Observações: _____	