



### Solicitação de Medicamento de Uso Restrito – Terlipressina

#### Identificação do paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Quarto: \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### Terlipressina

Forma Farmacêutica/ Concentração \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento previsto: \_\_\_\_\_

#### Justificativa da prescrição

( ) Síndrome hepatorenal.

Dose: a dosagem inicial habitual é de 1 mg IV a cada 4 horas.

O objetivo da terapia é a redução da creatinina para valores menores que 1,5 mg/dL (resposta completa).

Se a creatinina sérica não reduzir ao menos 25% no terceiro dia, a dose deve ser elevada gradualmente até o máximo de 2 mg a cada 4 horas. A duração máxima do tratamento é de 14 dias.

( ) Transplante hepático.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

#### Autorização da CFT/HU/UFSC

SIM ( )

NÃO ( )

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente da CFT/HU/UFSC

#### Serviço de Farmácia

Recebida autorização de fornecimento em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_