

ANEXO II - AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO ENTRE QUADRO CLÍNICO E OS CRITÉRIOS PARA ADMINISTRAÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO (SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO OU CARBOXIMALTOSE FÉRRICA) NOS CENTROS DE SAÚDE E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUS BELO HORIZONTE

Usuário(a): _____

Hemoglobina (Hb)*: _____ **Data*:** ____/____/____

Considera-se anemia por deficiência de ferro o valor de Hb <10,5g/dL em crianças ≥6 e <24 meses; <11g/dL em crianças ≥24 e <60 meses; <11,5g/dL em crianças ≥5 e <12 anos; <12g/dL em meninas não grávidas e meninos ≥12 e <15 anos; <12g/dL em mulheres ≥15 e <65 anos não grávidas; <11,5g/dL em mulheres ≥65 anos; <13g/dL em homens ≥15 e <65 anos; <12,7 em homens ≥65 anos; <10,5g/dL em grávidas no 2º trimestre e <11 em grávidas no 3º trimestre. (SBP, 2026) (Ministério da Saúde, 2023)

*Validade do exame: 90 dias

Critérios de administração de ferro venoso no Centro de Saúde estabelecidos pela SMSA-BH (a administração só será realizada quando o caso se enquadre em algum dos critérios abaixo):

() Anemia Ferropriva e **intolerância** ao ferro oral. Informar ferro oral utilizado, descrever sintomas e tempo de tratamento: _____

() Anemia Ferropriva com **ausência de resposta** ao tratamento com ferro oral, em dose adequada, por período mínimo de 8 (oito) semanas. Ferro oral utilizado: _____

() Anemia Ferropriva em usuários que foram submetidos à **cirurgias que comprometem absorção do ferro oral** (gastroplastia, *bypass* e ressecção, entre outras). Cirurgia realizada pelo usuário: _____

() Anemia Ferropriva em usuário com **doença inflamatória intestinal** ou **síndromes disabsortivas**, como doença celíaca, doença de Whipple, gastrite atrófica, que podem limitar a absorção de ferro oral. Comorbidade do usuário: _____

() Anemia Ferropriva em usuários com **perdas sanguíneas frequentes**, em que a reposição de ferro por via oral não é suficiente. Quadro clínico: _____

() **Anemia ferropriva grave:** hemoglobina menor que 7,0 g/dl sem sinais de descompensação cardiovascular e sem indicação clínica de transfusão.

() Anemia Ferropriva na **gestante no segundo trimestre de gestação**, com Hb menor que 8,0 g/dl e intolerância absoluta ao ferro oral. IG e DPP: _____

() **Gestante no terceiro trimestre** de gestação com ferropenia (ferritina menor que 30 ng/mL). Ferritina sérica*: _____. Data da coleta*: ____/____/_____.
Idade gestacional: _____. Data Provável do Parto: ____/____/_____.

*Validade do exame: 90 dias

() **Gestante no terceiro trimestre** de gestação com anemia ferropriva (Hb menor que 11g/dL) associada a intolerância absoluta ao ferro por via oral. IG e DPP: _____

() Anemia Ferropriva (Hb abaixo dos valores de referência para idade) em **indivíduo com doença renal crônica** não dialítica ou em diálise peritoneal, associada a intolerância absoluta ao ferro oral ou **ausência de resposta** ao tratamento com ferro oral, em dose adequada, por período mínimo de 8 (oito) semanas.

() Anemia Ferropriva (Hb abaixo dos valores de referência para idade) em **indivíduo com doença renal crônica** não dialítica ou em diálise peritoneal, associada a valores séricos de Ferritina <100 ng/mL e IST <40%, independente do uso prévio de ferro oral: Ferritina sérica*: _____; IST*: _____ Data da coleta*: ____/____/_____.

*Validade do exame: 90 dias

() Anemia Ferropriva (Hb abaixo dos valores de referência para idade) em **indivíduo com doença renal crônica** não dialítica ou em diálise peritoneal, associada a valores séricos de Ferritina entre 100 e 299ng/mL e IST <25%, independente do uso prévio de ferro oral: Ferritina sérica*: _____; IST*: _____ Data da coleta*: ____/____/_____.

*Validade do exame: 90 dias

Carimbo e assinatura da(o) médica(o)

Data: ____/____/_____