



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Subsecretaria de Atenção à Saúde

**ANEXO III - FORMULÁRIO PADRONIZADO DE ENCAMINHAMENTO ÀS UPAS DE BH
PARA ADMINISTRAÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO (SACARATO DE ÓXIDO/
HIDRÓXIDO FÉRRICO OU CARBOXIMALTOSE FÉRRICA)**

UPA de destino: _____

Nome do usuário(a): _____

Centro de Saúde de referência: _____

Data: ____/____/____

Critério de encaminhamento:

- () Valores de pressão arterial sistólica ≤ 80 mmHg e/ou pressão diastólica ≤ 60 mmHg
- () Insuficiência Cardíaca Crônica com FE $\leq 30\%$
- () Crianças ou adolescentes com idade menor ou igual* a 12 anos, 11 meses e 29 dias, com prescrição de Sacarato de Óxido/Hidróxido Férrio**

*A apresentação Ferropurum®, segundo informações da bula, está indicado para aplicação em crianças acima de 5 anos.

**Crianças e adolescentes dos Centros de Saúde da região Centro-Sul devem ser encaminhados à UPA Leste. Crianças e adolescentes que residem nas demais regionais do município de Belo Horizonte deverão ser encaminhadas à UPA de referência do seu Centro de Saúde.

**Carimbo e assinatura do(a) funcionário(a) do Centro de Saúde
responsável pelo encaminhamento**