

ANEXO IV - LISTA DE VERIFICAÇÕES PARA VIABILIDADE TÉCNICA DA APLICAÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO (SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO OU CARBOXIMALTOSE FÉRRICA) NOS CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

LISTA DE VERIFICAÇÕES PARA VIABILIDADE TÉCNICA DA APLICAÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE																																								
Condições de Viabilidade Técnica					SIM	NÃO																																		
1. O usuário possui prescrição médica física (carimbada, datada e assinada) ou digital (datada e com assinatura digital válida), com medicação prescrita com posologia e diluição condizentes com o apresentado na NT CFT N°13? <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº de ampolas e volume</td> <td>1 ampola (5mL)</td> <td>2 ampolas (10mL)</td> <td>3 ampolas (15mL)</td> <td>4 ampolas (20mL)</td> <td>5 ampolas (25mL)</td> </tr> <tr> <td>Volume SF 0,9% para diluição</td> <td>100mL</td> <td>200mL</td> <td>300mL</td> <td>400mL</td> <td>500mL</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">CARBOXIMALTOSE FÉRRICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quantidade de ferro</td> <td>100-200mg</td> <td>200-500mg</td> <td>300-1.000mg</td> </tr> <tr> <td>Volume</td> <td>2-4mL</td> <td>4-10mL</td> <td>10-20mL</td> </tr> <tr> <td>Volume SF 0,9% para diluição</td> <td>50mL</td> <td>100mL</td> <td>250mL</td> </tr> </tbody> </table>					SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO						Nº de ampolas e volume	1 ampola (5mL)	2 ampolas (10mL)	3 ampolas (15mL)	4 ampolas (20mL)	5 ampolas (25mL)	Volume SF 0,9% para diluição	100mL	200mL	300mL	400mL	500mL	CARBOXIMALTOSE FÉRRICA				Quantidade de ferro	100-200mg	200-500mg	300-1.000mg	Volume	2-4mL	4-10mL	10-20mL	Volume SF 0,9% para diluição	50mL	100mL	250mL		
SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO																																								
Nº de ampolas e volume	1 ampola (5mL)	2 ampolas (10mL)	3 ampolas (15mL)	4 ampolas (20mL)	5 ampolas (25mL)																																			
Volume SF 0,9% para diluição	100mL	200mL	300mL	400mL	500mL																																			
CARBOXIMALTOSE FÉRRICA																																								
Quantidade de ferro	100-200mg	200-500mg	300-1.000mg																																					
Volume	2-4mL	4-10mL	10-20mL																																					
Volume SF 0,9% para diluição	50mL	100mL	250mL																																					
2. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) foi preenchido e assinado pelo paciente?																																								
3. O usuário possui o formulário do documento Avaliação da administração endovenosa do Ferro endovenoso (Sacarato de óxido/hidróxido férrico ou Carboximaltose Férrica) nos CS e UPA do SUS-BH (ANEXO II) preenchido adequadamente pelo mesmo médico responsável pela prescrição, em formato físico (carimbado, datado e assinado) ou digital (datada e com assinatura digital válida)?																																								
4. O usuário possui resultado de exame , físico ou digital, dos últimos 90 dias que comprove o valor de Hemoglobina relatado no formulário "Avaliação da administração endovenosa do Ferro endovenoso (Sacarato de óxido/hidróxido férrico ou Carboximaltose Férrica) no SUS-BH"?																																								
5. Há médico no Centro de Saúde presente na unidade, disponível durante todo o período de infusão, tendo sido informado do procedimento e da necessidade de atendimento agudo caso haja intercorrências?																																								

**LISTA DE VERIFICAÇÕES PARA VIABILIDADE TÉCNICA DA APLICAÇÃO
DE FERRO ENDOVENOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Condições de Viabilidade Técnica	SIM	NÃO																													
6. Há tempo hábil para infusão da posologia prescrita do medicamento no Centro de Saúde, respeitando o prazo de <u>30 min de observação do usuário após o término da infusão</u> (verificar tempo de infusão conforme posologia)? <table border="1"><thead><tr><th colspan="6">SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Concentração de ferro</td><td>100mg</td><td>200mg</td><td>300mg</td><td>400mg</td><td>500mg</td></tr><tr><td>Tempo mínimo de infusão</td><td>15min</td><td>30min</td><td>90min (1h30min)</td><td>150min (2h30min)</td><td>210min (3h30min)</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th colspan="3">CARBOXIMALTOSE FÉRRICA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Quantidade de ferro</td><td>100-200mg</td><td>200-500mg</td><td>300-1.000mg</td></tr><tr><td>Tempo mínimo de infusão</td><td>Não há</td><td>6min</td><td>15min</td></tr></tbody></table>	SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO						Concentração de ferro	100mg	200mg	300mg	400mg	500mg	Tempo mínimo de infusão	15min	30min	90min (1h30min)	150min (2h30min)	210min (3h30min)	CARBOXIMALTOSE FÉRRICA			Quantidade de ferro	100-200mg	200-500mg	300-1.000mg	Tempo mínimo de infusão	Não há	6min	15min		
SACARATO DE ÓXIDO/HIDRÓXIDO FÉRRICO																															
Concentração de ferro	100mg	200mg	300mg	400mg	500mg																										
Tempo mínimo de infusão	15min	30min	90min (1h30min)	150min (2h30min)	210min (3h30min)																										
CARBOXIMALTOSE FÉRRICA																															
Quantidade de ferro	100-200mg	200-500mg	300-1.000mg																												
Tempo mínimo de infusão	Não há	6min	15min																												
7. Há profissional da enfermagem disponível para acompanhamento durante todo o período da infusão e para realizar a monitorização dos dados vitais <u>antes</u> da administração do ferro endovenoso, <u>15 (quinze) minutos após</u> do início da infusão e <u>ao término</u> da administração endovenosa. Obs: Nos casos em que o tempo de infusão for maior que 1h, deve-se repetir as aferições com 60 minutos.																															
8. Os seguintes medicamentos injetáveis estão disponíveis e acessíveis, tendo sido a integralidade do frasco e a validade do medicamento verificados? • Dexametasona, Fosfato Dissódico 4mg/mL, Injetável, Ampola 2,5mL; OU • Hidrocortisona, Succinato 100mg, Injetável, Frasco Ampola; OU • Hidrocortisona, Succinato 500mg, Injetável, Frasco Ampola																															
9. O medicamento <i>Epinefrina, Cloridrato 1mg/mL, solução injetável, ampola 1mL</i> está disponível e acessível no carro de urgência e emergência, tendo sido a integralidade do frasco e a validade do medicamento verificados?																															
10. O material de entubação está disponível e acessível no carro de urgência e emergência?																															
11. Há balão de O₂ e cânula nasal disponíveis e acessíveis na unidade?																															

A administração do medicamento NÃO DEVERÁ ser realizada no momento se qualquer critério acima for respondido como "NÃO".

- A única EXCEÇÃO a esta regra é aplicada aos usuários atendidos por prestadores contratualizados do SUS-BH, desde que os únicos critérios respondidos como "NÃO" sejam as perguntas 3 e/ou 4.

Carimbo e assinatura da(o) enfermeira(o) do Centro de Saúde

Data: ____/____/____