Identificação do paciente				
Nome:			Leito:	Peso:
RG:	Idade:	Admissão: ____/____/____	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	

Diagnóstico: **HEMORRAGIA DIGESTIVA RELACIONADA À HIPERTENSÃO PORTAL (HDA).**

( ) Falha do tratamento prévio com octreotida.

( ) Indisponibilidade de estoque de octreotida no HC-UFTM.

Apresentação - Dosagem	Posologia
Terlipressina 1 mg (1 frasco-ampola com 1 mg de terlipressina e 1 ampola de diluente com 5 mL)	2 mg de 4/4 horas nas primeiras 48 horas, seguido por 1 mg de 4/4 horas até completar 5 dias.

Data: ____/____/____	_____ Assinatura e carimbo do médico solicitante – Staff/Preceptor

Setor de Farmácia Hospitalar	Recebimento/Assinatura:

1º Dia – **2 mg de 4/4 horas** *bolus* EV (infusão lenta) – Data: _____/_____/_____		
1º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
2º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
3º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
4º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
5º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
6º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____

2º Dia – **2 mg de 4/4 horas** *bolus* EV (infusão lenta) – Data: _____/_____/_____		
1º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
2º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
3º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
4º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
5º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
6º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____

Cópia eletrônica não controlada
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.
® 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.Ebserh.gov.br

3º Dia – **1 mg de 4/4 horas** *bolus* EV (infusão lenta) – Data: _____/_____/_____		
1º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
2º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
3º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
4º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
5º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
6º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____

4º Dia – **1 mg de 4/4 horas** *bolus* EV (infusão lenta) – Data: _____/_____/_____		
1º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
2º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
3º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
4º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
5º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
6º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____

5º Dia – **1 mg de 4/4 horas** *bolus* EV (infusão lenta) – Data: _____/_____/_____		
1º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
2º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
3º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
4º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
5º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____
6º dose: Horário: ____/____	Solicitante: _____	Farmácia: _____

Elaboração - Farmacêutica Liliane Barreto Teixeira Chefe da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica	Data: 26/05/2020
Revisão e Validação - Drª Geisa Perez Medina Gomide Médica Gastroenterologista e Hepatologista	Data: 19/06/2020
Aprovação - Farmacêutico Giuliano César Silveira Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar	Data: 26/05/2020

Cópia eletrônica não controlada
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.
® 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.Ebserh.gov.br