

4. SANGUE

4.1 ANTIANÉMICOS

4.1.1 COMPOSTOS DE FERRO

HIDRÓXIDO FÉRRICO-SACAROSE

D 5mg; amp. 5ml F Solução Injetável V I.V.

PROTEÍNO SUCCINILATO DE FERRO

D 800mg/15ml F Solução Oral V Oral

SULFATO FERROSO

D 329,7mg F Comprimido libert. Modificada V Oral

4.1.2 MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS ANEMIAS MEGALOBLÁSTICAS

ÁCIDO FÓLICO

D 5mg F Comprimido V Oral

CIANOCOBALAMINA

D 1mg/ml; amp. 1ml F Solução Injetável V I.M.

4.2 ANTI-COAGULANTES E ANTI-TROMBÓTICOS

4.2.1 ANTICOAGULANTES

4.2.1.1 HEPARINAS

HEPARINA SÓDICA

D 5000 U.I./ml; Fr. 5ml F Solução Injetável V I.V.

ENOXAPARINA SÓDICA

D 20mg/0,2ml F Solução Injetável (ser.pré-carre) V S.C.

D 40mg/0,4ml F Solução Injetável (ser.pré-carre) V S.C.

D 60mg/0,6ml F Solução Injetável (ser.pré-carre) V S.C.

TINZAPARINA

D 3500 U.I./0,35ml F Solução Injetável V S.C.

4.2.1.2 ANTI-VITAMÍNICOS K

VARFARINA

D 5mg F Comprimido V Oral

4.2.1.3 OUTROS ANTI-COAGULANTES

APIXABANO

D 2,5mg F Comprimido V Oral

POLISULFATO SÓDICO DE PENTOSANO + AZULENO

D 0,004mg/g+1mg/g; bisnaga40g F Pomada V Tópica

RIVAROXABANO

D 10mg F Comprimido V Oral

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Determina os fármacos aprovados pela Comissão de Farmácia e que constituem o Formulário Hospitalar do Medicamento no Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

ELABORADO POR:
Farmácia Hospitalar

(Liliana Gomes)

APROVADO POR:
Comissão Farmácia Direção Clínica

(Adolfo Silva)

(António Gomes)

HOMOLOGADO POR:
Direção Hospitalar

(Bento Morais)

4.2.1.4 ANTI-AGREGANTES PLAQUETÁRIOS

ÁC. ACETILSALICÍLICO

| | | |
|---------|-----------------------------------|--------|
| D 150mg | F Cápsula dura libert. Prolongada | V Oral |
| D 100mg | F Comprimido | V Oral |

CLOPIDROGREL

| | | |
|--------|------------------------|--------|
| D 75mg | F Comprimido revestido | V Oral |
|--------|------------------------|--------|

TICLOPIDINA

| | | |
|---------|------------------------|--------|
| D 250mg | F Comprimido revestido | V Oral |
|---------|------------------------|--------|

4.4 ANTI-HEMORRÁGICOS

4.4.1 ANTI-FIBRINOLÍTICOS

ÁC. AMINOCAPRÓICO

| | | |
|-----------------------|---------------------|--------|
| D 250mg/ml; amp. 10ml | F Solução Injetável | V I.V. |
|-----------------------|---------------------|--------|

ÁC. TRANEXÂMICO

| | | |
|----------------------|---------------------|--------------|
| D 100mg/ml; amp. 5ml | F Solução Injetável | V I.V. lenta |
|----------------------|---------------------|--------------|

FITOMENADIONA

| | | |
|---------------------|---------------------|--------|
| D 10mg/ml; amp. 1ml | F Solução Injetável | V I.V. |
|---------------------|---------------------|--------|

4.4.2 HEMOSTÁTICOS

DERMABOND MINI

| | | |
|--------------|------------------|----------|
| D Amp. 3,5ml | F Adesivo tópico | V Tópica |
|--------------|------------------|----------|

PROTEÍNAS COAGULANTES

| | | |
|------------------------|-----------------|---|
| D Pó Cola tec; Fr. 2ml | F Pó e solvente | V |
|------------------------|-----------------|---|

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Determina os fármacos aprovados pela Comissão de Farmácia e que constituem o Formulário Hospitalar do Medicamento no Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

ELABORADO POR:

Farmácia Hospitalar



(Lilliana Gomes)

APROVADO POR:

Comissão Farmácia

Direção Clínica



(Adolfo Silva)



(António Gomes)

HOMOLOGADO POR:

Direção Hospitalar



(Bento Morais)