



Nº da Ficha:

CONTROLE DE ANTICOAGULAÇÃO COM HEPARINA ATIVIDADE ANTI-Xa

1. Itens a serem preenchidos pelo médico ou enfermeiro:

Paciente: _____ Leito: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Data: _____ Horário da solicitação: _____

Heparina utilizada:

() Heparina não fracionada:

Dose: _____ U/ Kg / h Tempo de utilização desta dose: _____

() Heparina de baixo peso molecular:

Nome comercial: _____ Dose: _____

Horário da última dose: _____

FINALIDADE:

() Uso terapêutico

() Uso profilático

() Anticoagulação na diálise

() Cateterismo cardíaco

ÚLTIMO RESULTADO CREATININA: _____ NOME / CARIMBO: _____

2. Item a ser preenchido pelo colaborador do laboratório:

Horário de coleta da amostra: _____ Colaborador: _____

3. Itens a serem preenchidos pelo processador da amostra:

Última contagem plaquetária: _____ Data: _____

Resultado: _____ Técnico: _____

Ptta: _____ seg. Relação: _____ Fator VIII: _____ Fibrinogênio: _____

OBSERVAÇÕES:

A amostra deve ser colhida 4h após a administração da última dose de heparina. Recomenda-se que a 1ª dosagem seja realizada após a terceira administração no esquema terapêutico de duas injeções ao dia e após a segunda administração no esquema terapêutico de uma única injeção diária.