



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153
E-mail: leishmanioses@saude.gov.br

Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:

- Leishmaniose visceral Leishmaniose tegumentar difusa
 Leishmaniose tegumentar cutânea Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino Peso: ____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Exame Clínico:

- | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Edema localizado | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição grave | <input type="checkbox"/> Edema generalizado | |

Doenças associadas:

- Ausente HIV/AIDS
 Doença renal Infecção bacteriana. Especificar: _____
 Doença cardíaca Outras: _____
 Doença hepática

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

() Virgem de tratamento

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____mg/Sb+5/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____x10 ⁶	AST/TGO: _____ U/L	Globulina: _____ g/dL
Hematócrito: _____%	ALT/TGP: _____ U/L	Ureia: _____mg/dL
Hemoglobina: _____ g/dL	Bilirrubina total: _____mg/dL	Creatinina: _____ mg/dL
Plaquetas: _____ mm ³	Bilirrubina direta: _____ mg/dL	CD4+: _____cél.
Leucócitos: _____ mm ³	Ativ. de protrombina: _____ %	(Exclusivo para realização De profilaxia em pacientes Coinfectaos)
Neutrófilos: _____ mm ³	Albumina: _____ g/dL	

Outros: _____

EXAME PARASITOLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

Aspirado de medula: () Positivo () Negativo Outro: _____ () Positivo () Negativo

EXAME SOROLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ () Positivo () Negativo

OUTROS EXAMES (Ex: PCR) _____ Data do exame: ____/____/____

CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

- () Idade menor que 1 ano
- () Idade maior que 50 anos
- () Insuficiência renal
- () Insuficiência hepática
- () Insuficiência cardíaca
- () Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;
- () Intervalo QT corrigido maior que 450 ms
- () Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT
- () Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV
- () Infecção pelo HIV (tratamento)
- () Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)
- () Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____
- () Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____
- () Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV
- () Gestantes
- () Escore de gravidade clínico $\geq 4^1$ Informar valor: _____
- () Escore de gravidade clínico-laboratorial $\geq 6^1$ Informar valor: _____

Dose prescrita: _____mg/kg/dia **Dias de tratamento** _____ **Número de ampolas:** _____

(Assinatura e carimbo do médico)

¹ Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral : recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561