

Ficha de solicitação de desoxicolado de anfotericina B 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:

Febre

Diarreia

Arritmia cardíaca

Esplenomegalia

Icterícia

Vômitos

Hepatomegalia

Fenômenos hemorrágicos

Dispneia

Palidez

Edema localizado

Outros: _____

Desnutrição grave

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: _____x10⁶ Neutrófilos: _____mm³ Ativ. de protrombina: _____%

Hematócrito: _____% AST/TGO: _____U/L Albumina: _____g/dL

Hemoglobina: _____g/dl ALT/TGP: _____U/L Globulina: _____g/dL

Plaquetas: _____mm³ Bilirrubina total: _____mg/dL Ureia: _____mg/dL

Leucócitos: _____mm³ Bilirrubina direta: _____mg/dL Creatinina: _____mg/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 (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Idade maior que 50 anos (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() 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) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Infecção pelo HIV (profilaxia secundária) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____(**critério exclusivo para L. visceral**)

() Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____(**critério exclusivo para L. visceral**)

() Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

() Gestantes (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Escore de gravidade clínico $\geq 4^1$ Informar valor: _____(**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Escore de gravidade clínico-laboratorial ≥ 6 Informar valor: _____

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

(Assinatura e carimbo do médico)