

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS PARA PACIENTES COM
MICOSES ENDÊMICAS**

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

Data da solicitação: ____/____/____

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

Endereço de procedência: _____

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: ____/____/____

Co- morbidades:

() Ausente () Doença renal () Doença cardíaca () Doença hepática

() Doença onco-hematológica () HIV/Aids Especificar: _____

Outras: _____

EXAME MICOLÓGICO: MATERIAL _____: () Positivo () Negativo

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICO: (Especificar e anexar cópia do laudo)

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAISHemácias: _____x10⁶

Hematócrito: _____%

Hemoglobina: _____ g/dl

Plaquetas: _____ mm³Leucócitos: _____ mm³Neutrófilos: _____ mm³

AST/TGO: _____ U/L

ALT/TGP: _____ U/L

Bilirrubina total: _____ mg/dL

Bilirrubina D: _____ mg/dL

Ativ. de protrombina: _____ %

Ureia: _____ mg/dL

Creatinina: _____ mg/dL

CD4 _____ céls/mm³

Outros: _____

TRATAMENTO(S) ESPECÍFICO(S) REALIZADO(S) (Solicitação individual) () Virgem de tratamento () Anfotericina B Desoxicolato

Dose total administrada: _____

 () Anfotericina B complexo lipídico: Dose: _____ mg/kg/dia

Dose total administrada: _____

 () Anfotericina B lipossomal: Dose: _____ mg/kg/dia

Dose total administrada: _____

 () Itraconazol: Dose diária:

Tempo de tratamento: _____

 () Fluconazol sol.injetável Dose diária:

Tempo de tratamento: _____

 () Fluconazol cápsulas Dose diária:

Tempo de tratamento: _____

 () Flucitosina Dose diária:

Tempo de tratamento: _____

 () Voriconazol Dose diária:

Tempo de tratamento: _____

ESQUEMA TERAPÊUTICO PRESCRITO:

Medicamento(s): _____

Dose(s) prescrita(s): _____

Tempo previsto de tratamento: _____ Quantitativo(s) _____

Medicamento(s): _____

Dose(s) prescrita(s): _____

Tempo previsto de tratamento: _____ Quantitativo(s) _____

NO CASO DE INDICAÇÃO DE FORMULAÇÃO LIPÍDICA DE ANFOTERICINA B () Refratariedade à outro esquema terapêutico

Especificar: _____

(Assinatura e carimbo do médico)