



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA PARA
O TRATAMENTO DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA EM ADULTOS
(SIM-A) ASSOCIADA À COVID-19**

**Nota Técnica CGPNI/DEIDT/SVS/MS nº 38/2022
Portaria Estadual nº 1.212 de 08/11/2022**



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente _____
_____ (Data de
Nascimento : ___/___/_____) não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão
assinalados abaixo:

CRITÉRIOS GERAIS:

- Febre $\geq 38^\circ$ e ≥ 3 dias - Data de início da febre: _____
- Evidência de Covid-19 nas últimas 12 semanas (biologia molecular, teste antigênico ou sorológicos positivos)
(encaminhar laudo de exame comprobatório) OU
- História de contato com caso comprovado de Covid-19 nas últimas 12 semanas.

E

Paciente deverá apresentar **pelo menos 2 (dois)** dos seguintes sinais e sintomas:

- Rash cutâneo, erupção cutânea, eritema ou descamação dos lábios/boca/faringe, conjuntivite não exsudativa
bilateral, eritema/edema das mãos e pés; **E/OU**
- Estado mental alterado, dor de cabeça, fraqueza, parestesias, letargia; **E/OU**
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite e/ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio
hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular e/ou
hepatoesplenomegalia) **(encaminhar laudo do exame comprobatório); E/OU**
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarréia, vômito ou dor abdominal).

E

- Marcadores de inflamação elevados **(encaminhar laudo de exame comprobatório: PCR, VHS ou Ferritina).**

E

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS:

- Caso CONFIRMADO** - Caso suspeito que apresentou hospitalização por mais de 24h e **PELO MENOS DOIS** dos
seguintes sinais de doença ativa:
- BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados **(anexar laudo do exame); E/OU**
- Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia ($<150.000/mm^3$) **(anexar laudo do
exame); E/OU**

() Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca (**anexar laudo do exame**); **E/OU**

() Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite (**anexar laudo do exame**); **E/OU**

() Rash cutâneo e/ou conjuntivite não purulenta.

() **Caso PROVÁVEL** - Indivíduos que preenchem apenas parcialmente os critérios de SIM-A, por não terem sido realizados todos os exames recomendados ou por ausência de informações relevantes após investigação;

() Afastados quaisquer outros diagnósticos diferenciais que melhor justifiquem o quadro clínico (incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica, doenças autoimunes, outras doenças virais, entre outros).

Atenção: anexar exames médicos que tenham sido realizados na investigação do caso.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

Data