Formulário de Solicitação de Medicamentos para Tratamento da Toxoplasmose

(O presente formulário deverá ficar retido na Regional de Saúde e não exclui a obrigatoriedade do receituário médico).
* Campos de preenchimento obrigatório.

1 - CATEGORIA DA TOXOPLASMOSE*

OBSERVAÇÃO: Em casos de toxoplasmose congênita, o formulário será preenchido apenas uma vez e entregue à UDAF na primeira dispensação; nas demais, será exigida apenas a receita médica com a dose ajustada ao peso do paciente.

☐ Gestacional ☐ Congênita ☐ Adquirida CID10*: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO*: _____

Nº notificação SINAN*: _____

Unidade de Saúde Solicitante/Município*: _____

☐ 1ª RETIRADA ☐ MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

Dispensação para o período de tratamento de*: ☐ 30 dias ☐ 60 dias

Previsão do tratamento (total em semanas)*: _____

2 - DADOS PESSOAIS

(Preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*

SE PACIENTE GESTANTE*

Nome da Paciente: _____

Semana Gestacional: _____ Data de Nascimento*: _____

CNS*: _____

SE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA*

Nome da Criança/Paciente: _____

Sexo (M/F)*: _____

Nome da Mãe (em caso de congênita): _____

Data de Nascimento*: _____ Peso: _____Kg

CNS*: _____

3 - RESULTADOS DOS EXAMES CONFIRMATÓRIOS DO DIAGNÓSTICO

***IgG**

☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Indeterminado Data da Coleta: _____

***IgM**

☐ Reagente ☐ Não Reagente ☐ Indeterminado Data da Coleta: _____

TESTE DE AVIDEZ¥:

☐ Fraca ☐ Intermediária ☐ Forte Data da Coleta: _____

¥ Obrigatório para gestantes com suspeita de infecção no primeiro trimestre
(vide Manual Técnico - interpretação de resultados e condutas paragestantes)

PCR

☐ Líquido amniótico ☐ Reagente ☐ Indeterminado Data da Coleta: _____

Na disponibilidade deste exame, a indicação é realizar a amniocentese 4 semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação

PACIENTE COM NEUROTOXOPLASMOSE:

☐ Não ☐ Sim

Se sim, anexar laudo de exame de imagem e/ou justificativa médica do diagnóstico*

OBSERVAÇÕES PERTINENTES AO CASO

(incluindo contraindicação aos esquemas preconizados no Manual Técnico de Orientações Estaduais):

_____

_____.

4 – TRATAMENTO
(Preencher de acordo com a categoria sinalizada no item 1)*

TRATAMENTO PRESCRITO*:

☐ Espiramicina ☐ Esquema Tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico)

Medicamentos (comprimidos)	**Descrever a posologia** (especificar dosagens em mL no caso de formulações que necessitem manipulação)	**Nº de cps. liberados**
Ácido folínico 15 mg		
Pirimetamina 25 mg		
Sulfadiazina 500 mg		
Espiramicina 500 mg		

5 - PARECER APÓS CONFERÊNCIA*:

☐ Deferido ☐ Indeferido ☐ Devolvido

DESCREVER, OBRIGATORIAMENTE, O MOTIVO DO INDEFERIMENTO/DEVOLUÇÃO:

_____

_____

_____

_____

DADOS DO PRESCRITOR	DADOS DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA	DADOS DO RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO MEDICAMENTO
Nome: _____	**Nome:** _____	**Nome:** _____
CRM: _____	**Regional de Saúde (UDVE/DIVE):** _____	**Regional de Saúde (UDAF):** _____
Estabelecimento de saúde: _____	**Município:** _____	**Estabelecimento de saúde:** _____
Data: _____ /_____ /_____	**Data da conferência:** _____ /_____ /_____	**Data da dispensação:** _____ /_____ /_____
_____ Assinatura do prescritor e carimbo	_____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	_____ Assinatura do responsável pela liberação na UDAF