



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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leishmaniose visceral | <input type="checkbox"/> Leishmaniose tegumentar difusa |
| <input type="checkbox"/> Leishmaniose tegumentar cutânea | <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Doença renal | <input type="checkbox"/> Infecção bacteriana. Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença hepática | |

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

- Virgem de tratamento

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____mg/Sb+5/kg/dia

nº de doses: _____

nº de esquemas: _____

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____mg/kg/dia

nº de doses: _____

nº de esquemas: _____

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____mg/kg/dia

nº de doses: _____

nº 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 antimonial 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 antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

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

() Escore de gravidade clínico ≥ 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)

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