



**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](mailto: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:**

- 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:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <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:**

- 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: \_\_\_\_\_x10<sup>6</sup>

Neutrófilos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

Ativ. de protrombina: \_\_\_\_\_ %

Hematócrito: \_\_\_\_\_ %

AST/TGO: \_\_\_\_\_ U/L

Albumina: \_\_\_\_\_ g/dL

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL

ALT/TGP: \_\_\_\_\_ U/L

Globulina: \_\_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

Bilirrubina total: \_\_\_\_\_ mg/dL

Ureia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

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  $\geq 4$ <sup>1</sup> Informar valor: \_\_\_\_\_ (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Escore de gravidade clínico-laboratorial  $\geq 6$  Informar valor: \_\_\_\_\_

**Dose prescrita:** \_\_\_\_\_mg/kg/dia **Dias de tratamento** \_\_\_\_\_ **Número de ampolas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)

<sup>1</sup> 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](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561)