

APÊNDICE III

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE

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*:

() 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 Avidéz[¥]:

() 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 contra-indicação 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: CRM: Estabelecimento de saúde: Data: ____/____/____ _____ Assinatura do prescritor e carimbo	Nome: Regional de Saúde (UDVE/DIVE): Estabelecimento de saúde: Data da conferência: ____/____/____ _____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE	Nome: Regional de Saúde (UDAF): Estabelecimento de saúde: Data da dispensação: ____/____/____ _____ Assinatura do responsável UDVE/DIVE