



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL
**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL PARA PACIENTES COM
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR**

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no SINAN: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

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

Endereço de procedência: _____

Município de residência: _____ UF: _____

FORMA CLÍNICA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

() Cutânea localizada () Cutânea disseminada () Cutânea difusa () Mucosa

Descrever característica da lesão (número e local (ais) de acometimento):

Data de Início das lesões: _____

EXAMES REALIZADOS PARA CONFIRMAÇÃO DO CASO

1) IDRM: () Positivo () Negativo () não realizado

Data do resultado: _____

2) PARASITOLÓGICO (Escarificação ou por imprint):

() Positivo () Negativo () não realizado

Data do resultado: _____

3) HISTOPATOLÓGICO: () Encontrado parasita () Compatível () Incompatível () Não realizado

Data do resultado: _____

JUSTIFICATIVA PARA USO DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

- () insuficiência renal () gestante
() insuficiência cardíaca () idade acima de 50 anos
() insuficiência hepática () transplantado
() Outra (especificar): _____

Caracterizar a indicação clínica com resultados de exames, se aplicável:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

HISTÓRIA DE TRATAMENTOS PRÉVIOS PARA LT

- Nenhum tratamento prévio para LTA
- Antimoniato de N-metil Glucamina: (ampolas/dia, número de dias, quando: mês/ano)

- Desoxicolato de anfotericina B: (ampolas/dia, número de dias, quando: mês/ano)

- Anfotericina B lipossomal: (ampolas/dia, número de dias, quando: mês/ano)

INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL CONFORME FORMA CLÍNICA DA LT

<input type="checkbox"/> LT- cutânea localizada	2 a 3 mg/kg/dia sem limite de dose máxima diária, dependendo da resposta clínica.	Dose total: 20 a 40 mg/kg.
<input type="checkbox"/> LT - disseminada ou difusa	2 a 3 mg/kg/dia, sem limite de dose máxima diária.	Dose total: 35 a 40 mg/kg.
<input type="checkbox"/> LT - mucosa	2 a 5 mg/kg/dia, sem limite de dose máxima diária.	Dose total: 30 a 40 mg/kg.

INFORMAR A DOSE TOTAL INDICADA:

Dose total: _____ mg/kg

peso do paciente: _____ kg

Dose prescrita dia: _____ mg/kg/dia

Duração do tratamento em dias: _____

Número total de ampolas solicitadas: _____ Número de ampolas/dia _____

(Assinatura e carimbo do médico)

OBSERVAÇÕES: Para solicitação da Anf B Lipossomal para pacientes com LT se faz mediante o preenchimento e envio da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), da ficha de solicitação de Anf. B Lipossomal para pacientes com LT, receita médica do paciente, resultado ou laudo de exame confirmando a doença com envio para referência técnica do Núcleo de Epidemiologia e Assistência Farmacêutica da sua Unidade Regional de Saúde de Jurisdição.