SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF.ALEXANDRE VRANJAC"

DIVISÃO DE TUBERCULOSE
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS
HEPATOPATIAS / RESISTÊNCIA / MNT

IDENTIFICAÇÃO

NOME

NOME DA MÃE | DATA DE NASCIMENTO ____/_____/_____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | Nº SINAN ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE | MÉDICO REQUISITANTE

TELEFONE (_____) _____ FAX (_____) _____

JUSTIFICATIVA

☐ **RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA** ☐ RIFAMPICINA ☐ ETAMBUTOL ☐ ISONIAZIDA ☐ ESTREPTOMICINA ☐ PIRAZINAMIDA
(assinalar o resultado do teste de sensibilidade – S ou R)

☐ **TOXICIDADE / INTOLERÂNCIA** ☐ RIFAMPICINA ☐ ETAMBUTOL ☐ ISONIAZIDA ☐ ESTREPTOMICINA ☐ PIRAZINAMIDA
(assinalar a droga a ser substituída)

EXAMES LABORATORIAIS ⌊_⌊_ AST OUTROS _____
⌊_⌊_ ACT

☐ **MNT**

FORMA CLÍNICA: ☐ PULMONAR ☐ PULMONAR + EXTRAPULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR

	SÍTIO DA AMOSTRA	DATA DA COLETA	IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE
1ª CULTURA	_____	_____/_____/_____	_____
2ª CULTURA	_____	_____/_____/_____	_____

☐ **RX TÓRAX**
1. NORMAL
2. UNILATERAL NÃO CAVITÁRIA
3. UNILATERAL CAVITÁRIA
4.BILATERAL NÃO CAVITÁRIA
5. BILATERAL CAVITÁRIA

☐ **HISTOPATOLÓGICO**
1. BAAR POSITIVO
2. SUGESTIVO TB
8 .N/REALIZ
9 S/INFORM .

☐ **HIV**
1. POSITIVO
2. NEGATIVO
8 .N/REALIZ
9 S/INFORM .

ESQUEMA DE TRATAMENTO

☐ RIFAMPICINA
☐ OFLOXACINA / LEVOFLOXACINA
☐ AMICACINA
☐ CLARITROMICINA
☐ OUTRAS – QUAIS?

DATA DE INÍCIO DO ESQUEMA ATUAL
___/___/_____

CONTINUIDADE DO TRATAMENTO?
SIM - HÁ _____ MESES
NÃO

EVOLUÇÃO
☐ FAVORÁVEL
☐ DESFAVORÁVEL
☐ INCONCLUSIVA

DROGAS SOLICITADAS

☐ RIFAMPICINA ISOLADA
☐ OFLOXACINA ☐ LEVOFLOXACINA
☐ AMICACINA
☐ CLARITROMICINA ☐ IMIPENEM

Peso do paciente _____ Kg.