

Para efetivar a solicitação de medicamentos, é necessário preencher esta ficha e enviar por email para: medtbcve@yahoo.com e epiribas@emilioribas.sp.gov.br

*** Preenchimento Obrigatório**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: *

Nome da mãe do paciente:*

Data de Nascimento:* / /

Sexo: Masculino Feminino

Municípios de Residência:*

Número do SINAN:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de Saúde:*

Paciente internado?

(Responder no caso da unidade solicitante ser Hospital)

SIM NÃO

Município de Atendimento:*

Endereço da Unidade:*

E-mail da unidade: *

(De preferência da farmácia ou do local responsável pela retirada da medicação.)

Email do profissional solicitante:

Nome do médico solicitante:*

Telefone da Unidade solicitante:

Telefone do médico:

JUSTIFICATIVA

RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA

RIFAMPICINA:	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Sensível
ISONIAZIDA:	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Sensível
PIRAZINAMIDA:	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Sensível
ETAMBUTOL:	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Sensível
ESTREPTOMICINA:	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Sensível

TOXICIDADE/INTOLERÂNCIA

Data do resultado (Anterior à interrupção dos medicamentos de TB)

AST (TGO) - Anterior à interrupção dos medicamentos de TB

ALT (TGP) - Anterior à interrupção dos medicamentos de TB

Data do resultado (Posterior à interrupção dos medicamentos de TB)

AST (TGO) - Posterior à interrupção dos medicamentos de TB

ALT (TGP) - Posterior à interrupção dos medicamentos de TB

Fosfatase Alcalina (FA):

Exames Laboratoriais -Outros:

Intolerância a(s) qual(is) drogas? *

RMP INH PZA EMB SM

MNT (Para indicação de tratamento, há necessidade de resultado de 2 amostras)

Forma Clínica:

Pulmonar Extrapulmonar Pulmonar + Extrapulmonar

1ª Cultura - Amostra:

Escarro Lavado Broncoalveolar
TecPulmonarGânglio

Urina Sangue Pele

Se outra amostra, qual?

1ª Cultura-Resultado: Positivo Negativo Não realizado

1ª Cultura - Data da Coleta: / /

1ª Cultura - Identificação da Espécie:

2ª Cultura - Amostra:

Escarro Lavado Broncoalveolar
TecPulmonarGânglio

Urina Sangue Pele

Se outra amostra, qual?

2ª Cultura-Resultado: Positivo Negativo Não realizado

2ª Cultura - Data da Coleta: / /

2ª Cultura - Identificação da Espécie:

RX Tórax:

Normal

UnilateralNãoCavitária

Bilateral Não
Cavitária

Unilateral Cavitária Bilateral Cavitária

Histopatológico:

BAAR Positivo Sugestivo de TB Não Realizado

Sem Informação

USO DE INIBIDORES DE PROTEASE QUE IMPEDEM O USO DA RIFAMPICINA

INSUFICIÊNCIA RENAL

OUTROS. Qual?

RESULTADO DO TESTE ANTI-HIV: *

Positivo Negativo Em Andamento Não realizado

Peso do paciente:*

ESQUEMA DE TRATAMENTO

Tipo de Solicitação:

Data do início do esquema atual.*

 / /

1ª SOLICITAÇÃO

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO ESPECIAL

Há quantos meses?*

Evolução: *

Favorável

Desfavorável

ESQUEMA PROPOSTO: *

Rifampicina

Isoniazida

Pirazinamida

Etambutol

Estreptomicina

- Amicacina
- Levofloxacino
- Terizidona
- Etioamida
- Claritromicina

Medicação Solicitada: *

- Rifampicina
- Isoniazida
- Pirazinamida
- Etambutol
- Estreptomicina
- Amicacina
- Levofloxacino
- Terizidona
- Etioamida
- Claritromicina

OBSERVAÇÕES: