



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																				
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____																																				
3	INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Colestase medicamentosa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatites virais ou hepatite autoimune</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Obstrução biliar</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sarcoidose</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Colangite esclerosante primária</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlcera péptica ativa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença inflamatória intestinal ou outra condição que interfira com a circulação entero-hepática dos sais biliares</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Cólica biliar frequente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Inflamação aguda da vesícula ou trato biliar</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Comprometimento da contratilidade da vesícula biliar</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Cálculos biliares calcificados radiopacos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Intolerância à galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de lactose galactose</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Colestase medicamentosa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatites virais ou hepatite autoimune	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Obstrução biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Sarcoidose	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Colangite esclerosante primária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlcera péptica ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença inflamatória intestinal ou outra condição que interfira com a circulação entero-hepática dos sais biliares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Cólica biliar frequente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Inflamação aguda da vesícula ou trato biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Comprometimento da contratilidade da vesícula biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Cálculos biliares calcificados radiopacos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Intolerância à galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de lactose galactose	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Colestase medicamentosa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Hepatites virais ou hepatite autoimune	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Obstrução biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Sarcoidose	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Colangite esclerosante primária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Úlcera péptica ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Doença inflamatória intestinal ou outra condição que interfira com a circulação entero-hepática dos sais biliares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Cólica biliar frequente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Inflamação aguda da vesícula ou trato biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Comprometimento da contratilidade da vesícula biliar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Cálculos biliares calcificados radiopacos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
Intolerância à galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de lactose galactose	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																			
4	INFORMAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PRÉVIO E MEDIDAS NÃO MEDICAMENTOSAS: _____ _____ _____ _____																																				
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>																																				