



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA: 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ 2.2 PARA ADULTOS (ACIMA DE 18 ANOS), INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA: ☐ PTI crônica e refratária grave (presença de sangramento suficiente para indicar tratamento imediato ou na ocorrência de nova hemorragia que necessite terapia adicional com outro medicamento) ☐ PTI crônica e refratária com contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm ³ de forma persistente, por pelo menos três meses (Anexar ao menos 1 (um) exame comprobatório) 2.3 PARA MENORES DE 18 ANOS, INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA: ☐ PTI crônica e refratária com contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm ³ de forma persistente por pelo menos 12 meses após o diagnóstico (Anexar ao menos 1 (um) exame comprobatório)
3	PACIENTE FAZ USO DE OUTROS MEDICAMENTOS? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, quais? _____ _____ _____
4	INFORMAR USO PRÉVIO DE: ☐ Corticosteroides ☐ Imunoglobulina humana ☐ Azatioprina ☐ Ciclofosfamida ☐ Eltrombopague ☐ Danazol
5	INFORMAR REALIZAÇÃO DE ESPLENECTOMIA OU CONTRAINDICAÇÃO AO PROCEDIMENTO: _____ _____ _____



6	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Gravidez ☐ Trombocitopenia gestacional ☐ Pré-eclâmpsia ☐ Infecções Virais ☐ Hiperesplenismo devido a hipertensão portal ☐ Mielodisplasia ☐ Cirrose alcoólica ☐ Doenças Autoimunes ☐ Neoplasias ☐ Esquistossomose
7	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico