



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☐ F DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____ ☐ Anemia Aplástica ☐ Neutropenia ☐ Aplasia Pura da Série Vermelha
3	MEDICAMENTO SOLICITADO (dose, quantidade e tempo de tratamento) _____ _____ _____
4	EVOLUÇÃO CLÍNICA (informar características clínicas e evolução da doença, sintomas, histórico pessoal, familiar, nutricional, ambiental ou ocupacional) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA: ☐ Pancitopenia secundária a outras doenças, como doenças reumatológicas em atividade (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide) e infecções virais ativas (HIV, VHB, VHC); ☐ Deficiência de ácido fólico ou de vitamina B12; ☐ Uso de medicamentos, agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias; ☐ Invasão medular por células estranhas à medula óssea, como metástases de neoplasias malignas; ☐ Neoplasias hematológicas identificadas por imunofenotipagem de medula óssea; ☐ Síndrome mielodisplásica diagnosticada na medula óssea por punção e exame citológico (mielograma/medulograma), biópsia e exame histopatológico e cariotipagem; ☐ Neutropenia étnica benigna; ☐ Anemia de Blackfan-Diamond; ☐ Outras doenças hematológicas que cursam com medula óssea hipocelular; ☐ Hepatites, infecção por HIV, micobactérias; ☐ Doenças reumatológicas; ☐ Neoplasias sólidas com invasão medular; ☐ APSV secundária; ☐ Doenças renais; ☐ Doença hepáticas; ☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez; ☐ Amamentação.



6	TRATAMENTO (informar tratamento prévio e atual: não medicamentoso e medicamentoso) _____ _____ _____ _____ _____
7	OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____ _____ _____
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico