



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE WISKOTT-ALDRICH

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	TEMPO DE TRATAMENTO: ☐ 8 SEMANAS ☐ 12 SEMANAS ☐ 16 SEMANAS ☐ 24 SEMANAS
4	O(A) PACIENTE JÁ REALIZOU TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, descreva: _____ _____ _____
5	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA PARA INFECÇÃO? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, descreva: _____ _____ _____
6	A VACINAÇÃO DO PACIENTE ESTÁ PROGRAMADA DE ACORDO COM ESSA SÍNDROME? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, descreva: _____ _____ _____
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico