



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☐ F DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____
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	TRATAMENTO (informar tratamento prévio e atual: não medicamentoso e medicamentoso) _____ _____ _____ _____ _____
6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 6.1 Informar Escore Prognóstico (IPSS ou IPSS-R): - IPSS (Sistema Internacional de Escore Prognóstico): ☐ Baixo ☐ Intermediário 1 ☐ Intermediário 2 ☐ Alto risco - IPSS-R (Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado) Pontuação: _____ ☐ Muito baixo ☐ Baixo ☐ Intermediário ☐ Alto ou muito alto



	6.2 Informar classificação da Síndrome Mielodisplásica (OMS) <table border="0"><tr><td>☐ SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)</td><td>☐ SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)</td></tr><tr><td>☐ SMD-SA: com DUL ou DML</td><td>☐ SMD com deleção 5q</td></tr><tr><td>☐ SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2</td><td>☐ SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas</td></tr></table>	☐ SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)	☐ SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)	☐ SMD-SA: com DUL ou DML	☐ SMD com deleção 5q	☐ SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2	☐ SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas
☐ SMD com displasia de única linhagem (SMD-DUL)	☐ SMD com displasia de múltiplas linhagens (SMD-DML)						
☐ SMD-SA: com DUL ou DML	☐ SMD com deleção 5q						
☐ SMD com excesso de blastos (SMD-EB): tipo 1 e tipo 2	☐ SMD não classificada (SMD-NC): com 1% de blastos, com DUL e pancitopenia, baseada em alterações citogenéticas específicas						
7	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA: ☐ Deficiências nutricionais; ☐ Infecção por vírus HIV; ☐ Hepatites B ou C; ☐ Infecção por citomegalovírus; ☐ Doenças autoimunes; ☐ Doenças renais; ☐ Doença hepáticas; ☐ Hipotireoidismo; ☐ Neoplasias; ☐ Doenças de medula óssea; ☐ Outras falências medulares; ☐ Gravidez ou situação potencial de gravidez; ☐ Amamentação; ☐ Neuropatia periférica grau II ou maior.						
8	OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____ _____ _____						
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico						