



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____															
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 INFORMAR A CAUSA PRIMÁRIA DA SÍNDROME NEFRÓTICA: <input type="checkbox"/> GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL (GESF) <input type="checkbox"/> GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA (GNM) <input type="checkbox"/> NEFROPATIA POR IGA (NIGA) <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES GLOMERULARES MÍNIMAS (AGM) <input type="checkbox"/> GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA (GNMP) <input type="checkbox"/> _____ 2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____															
3	TRATAMENTOS PRÉVIOS (detalhar recidivas ou resistência a tratamentos anteriores e efeitos colaterais): _____ _____ _____ _____															
4	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever <u>todos</u> os medicamentos que serão utilizados para o tratamento da patologia): <table border="1" data-bbox="228 1675 1442 2101"><thead><tr><th data-bbox="228 1675 633 1731">MEDICAMENTO(S)</th><th data-bbox="633 1675 1038 1731">POSOLOGIA</th><th data-bbox="1038 1675 1442 1731">TEMPO DE TRATAMENTO</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="228 1731 633 1823"></td><td data-bbox="633 1731 1038 1823"></td><td data-bbox="1038 1731 1442 1823"></td></tr><tr><td data-bbox="228 1823 633 1915"></td><td data-bbox="633 1823 1038 1915"></td><td data-bbox="1038 1823 1442 1915"></td></tr><tr><td data-bbox="228 1915 633 2007"></td><td data-bbox="633 1915 1038 2007"></td><td data-bbox="1038 1915 1442 2007"></td></tr><tr><td data-bbox="228 2007 633 2101"></td><td data-bbox="633 2007 1038 2101"></td><td data-bbox="1038 2007 1442 2101"></td></tr></tbody></table>	MEDICAMENTO(S)	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO												
MEDICAMENTO(S)	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO														



5	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Neoplasia maligna em atividade (de pulmão, pele – exceto carcinoma de células escamosas, mama e cólon, entre outras)</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença renal crônica estágio 4 (filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min/1,73m² SC) ou estágio 5 (filtração glomerular < 15 ml/min/1,73m² SC)</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Disfunção da medula óssea: contagem de leucócitos < 3.000/mm³</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Disfunção da medula óssea: contagem de neutrófilos < 1.500/mm³</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Disfunção da medula óssea: plaquetas < 50.000/mm³</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipertensão arterial não controlada</td><td style="text-align: right;">SIM <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: right;">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Neoplasia maligna em atividade (de pulmão, pele – exceto carcinoma de células escamosas, mama e cólon, entre outras)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença renal crônica estágio 4 (filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min/1,73m ² SC) ou estágio 5 (filtração glomerular < 15 ml/min/1,73m ² SC)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Disfunção da medula óssea: contagem de leucócitos < 3.000/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Disfunção da medula óssea: contagem de neutrófilos < 1.500/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Disfunção da medula óssea: plaquetas < 50.000/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Neoplasia maligna em atividade (de pulmão, pele – exceto carcinoma de células escamosas, mama e cólon, entre outras)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
Doença renal crônica estágio 4 (filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min/1,73m ² SC) ou estágio 5 (filtração glomerular < 15 ml/min/1,73m ² SC)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
Disfunção da medula óssea: contagem de leucócitos < 3.000/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
Disfunção da medula óssea: contagem de neutrófilos < 1.500/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
Disfunção da medula óssea: plaquetas < 50.000/mm ³	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																	
6	CASO NÃO SEJA POSSÍVEL REALIZAR A BIÓPSIA RENAL, JUSTIFICAR O(S) MOTIVO(S): _____ _____ _____ _____																		
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____																		
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>																		