



1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INDICAÇÃO DE MEDICAMENTO E TEMPO DE TRATAMENTO: _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	TRATAMENTOS PRÉVIOS (Detalhar recidivas/resistência a tratamentos anteriores ou efeitos colaterais): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



5	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Hepatite C</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Hepatite B</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>HIV</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Púrpura de Henoch-Schönlein</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Lúpus eritematoso sistêmico</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Diabetes mellitus de longa evolução (> 5 anos de evolução)</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Sarcoidose</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Leucemia</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Linfoma</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr></table>	Hepatite C	SIM ☐	NÃO ☐	Hepatite B	SIM ☐	NÃO ☐	HIV	SIM ☐	NÃO ☐	Púrpura de Henoch-Schönlein	SIM ☐	NÃO ☐	Lúpus eritematoso sistêmico	SIM ☐	NÃO ☐	Diabetes mellitus de longa evolução (> 5 anos de evolução)	SIM ☐	NÃO ☐	Sarcoidose	SIM ☐	NÃO ☐	Leucemia	SIM ☐	NÃO ☐	Linfoma	SIM ☐	NÃO ☐
Hepatite C	SIM ☐	NÃO ☐																										
Hepatite B	SIM ☐	NÃO ☐																										
HIV	SIM ☐	NÃO ☐																										
Púrpura de Henoch-Schönlein	SIM ☐	NÃO ☐																										
Lúpus eritematoso sistêmico	SIM ☐	NÃO ☐																										
Diabetes mellitus de longa evolução (> 5 anos de evolução)	SIM ☐	NÃO ☐																										
Sarcoidose	SIM ☐	NÃO ☐																										
Leucemia	SIM ☐	NÃO ☐																										
Linfoma	SIM ☐	NÃO ☐																										
6	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 																											
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																											