



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DE PNP

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 FEZ 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	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico