



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA FALCIFORME

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INFORMAR TIPO DE DOENÇA FALCIFORME APRESENTADO: <input type="checkbox"/> HbSS <input type="checkbox"/> HbSbeta ⁰ <input type="checkbox"/> HbSbeta ⁺ grave <input type="checkbox"/> HbSD Punjab <input type="checkbox"/> HbSC <input type="checkbox"/> HbSD <input type="checkbox"/> HbSbeta-tal <input type="checkbox"/> Outro: _____
4	PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE E COM DF TIPO HbSC, HbSD OU HbSbeta-tal, INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA/APRESENTOU: <input type="checkbox"/> Dactilite (no primeiro ano de vida). Relatar: _____ _____ <input type="checkbox"/> Concentração de Hb menor que 7 g/dL (média de 3 valores fora de evento agudo). Anexar os três exames comprobatórios (Hemograma) e relatar: _____ _____ <input type="checkbox"/> Contagem de leucócitos maior que 20.000/mm ³ (média de 3 valores fora de evento agudo). Anexar os três exames comprobatórios (Hemograma) e relatar: _____ _____
5	PACIENTE JÁ USOU HIDROXIUREIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PACIENTE ESTÁ EM USO ATUALMENTE DE HIDROXIUREIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



6	PARA SOLICITAÇÃO DE HIDROXIUREIA, INFORMAR SOBRE O/A PACIENTE: <input type="checkbox"/> Apresenta doença hepática ativa (infecção por HBV ou HCV) com contraindicação de tratamento com HU indicada pelo prescritor, quando não há como monitorar a função hepática. <input type="checkbox"/> Está gestante. <input type="checkbox"/> É mulher sexualmente ativa e não está em uso de métodos contraceptivos.
7	PARA SOLICITAÇÃO DE ALFAEPOETINA, INFORMAR SOBRE O/A PACIENTE: <input type="checkbox"/> Necessita de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL. <input type="checkbox"/> Apresenta uma redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal. <input type="checkbox"/> Apresenta síndrome de hiper hemólise.
8	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>