



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – FIBROSE CÍSTICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	TRATAMENTO PRÉVIO E/OU ATUAL: _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	PARA ALFADORNASE: EM PACIENTES MENORES DE 6 ANOS DE IDADE, JUSTIFICAR O BENEFÍCIO CLÍNICO DA INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO, CONFORME PCDT, E DESCREVER CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO PACIENTE: _____ _____ _____ _____ _____ _____
5	PARA PANCREATINA: PACIENTE COM DIAGNÓSTICO COMPROVADO DE INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA? SIM ☐ NÃO ☐ Se não, informar se paciente está com suspeita ou em período de investigação para este diagnóstico: _____ _____ _____ _____ Conforme PCDT, quando houver a exclusão de insuficiência pancreática por meio do teste de elastase fecal, o uso do medicamento deverá ser suspenso. Caso haja a confirmação do diagnóstico após a realização do teste de elastase fecal, o tratamento deverá ser mantido.



6	PARA TOBRAMICINA: 5.1 PACIENTE COM RESULTADO POSITIVO PARA <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> EM CULTURAS DE SECREÇÃO RESPIRATÓRIA? ☐ SIM. Data de realização do(s) exame(s): ____ / ____ / ____ _____ _____ ☐ NÃO
	5.2 PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE TOBRAMICINA? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, detalhar quando utilizou, o tempo de tratamento e a dose utilizada. _____ _____ _____ _____ _____
	5.3 PARA PACIENTES MENORES DE 6 ANOS DE IDADE: Justificar o benefício clínico da indicação do tratamento com Tobramicina, conforme PCDT. _____ _____ _____
7	PARA SOLICITAÇÃO DE COLISTIMETATO, INFORMAR: 6.1 PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE TOBRAMICINA? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, detalhar hipersensibilidade, contraindicação, refratariedade ou ausência de resposta: _____ _____ _____ _____ _____ 6.2 PACIENTE APRESENTA MIASTENIA GRAVE? SIM ☐ NÃO ☐
8	PARA SOLICITAÇÃO DE LINEZOLIDA, RIFAMPICINA E MINOCICLINA, INFORMAR: PACIENTE JÁ FEZ USO PRÉVIO DE SULFONAMIDA? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, detalhar alergia/contraindicação ou ausência de resposta: _____ _____ _____
9	PARA SOLICITAÇÃO DE RIFAMPICINA, INFORMAR: PACIENTE APRESENTA INSUFICIÊNCIA RENAL GRAVE? SIM ☐ NÃO ☐



10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico