



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – IMUNODEFICIÊNCIA POR HIV

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	Nº. DA NOTIFICAÇÃO HIV: _____ (ou anexar cópia da Notificação)
3	CID-10: <input type="checkbox"/> B20.0 Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas <input type="checkbox"/> B20.1 Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas <input type="checkbox"/> B20.2 Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica <input type="checkbox"/> B20.3 Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais <input type="checkbox"/> B20.4 Doença pelo HIV resultando em candidíase <input type="checkbox"/> B20.5 Doença pelo HIV resultando em outras micoses <input type="checkbox"/> B20.6 Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis carinii <input type="checkbox"/> B20.7 Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas <input type="checkbox"/> B20.8 Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias <input type="checkbox"/> B20.9 Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada <input type="checkbox"/> B22.0 Doença pelo HIV resultando em encefalopatia <input type="checkbox"/> B22.1 Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática <input type="checkbox"/> B22.2 Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação <input type="checkbox"/> B22.7 Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte <input type="checkbox"/> B23.0 Síndrome de infecção aguda pelo HIV <input type="checkbox"/> B23.1 Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes) <input type="checkbox"/> B23.2 Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte <input type="checkbox"/> B23.8 Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas <input type="checkbox"/> B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada
4	GENÓTIPO HIV-1: <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 1c <input type="checkbox"/> 1f <input type="checkbox"/> 1g <input type="checkbox"/> Recombinante (fb, bd, crf1-ae)
5	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____
6	TEMPO DE TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> 8 SEMANAS <input type="checkbox"/> 12 SEMANAS <input type="checkbox"/> 16 SEMANAS <input type="checkbox"/> 24 SEMANAS
7	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, descreva: _____ _____
8	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA PARA COINFECÇÃO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, descreva: _____ _____
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico