



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	<p>2.1 CID-10:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> D80.0 Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento).<input type="checkbox"/> D80.1 Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE).<input type="checkbox"/> D80.3 Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG).<input type="checkbox"/> D80.5 Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM).<input type="checkbox"/> D80.6 Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia.<input type="checkbox"/> D80.7 Hipogamaglobulinemia transitória da infância.<input type="checkbox"/> D80.8 Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa).<input type="checkbox"/> D83.0 Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B.<input type="checkbox"/> D83.2 Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T.<input type="checkbox"/> D83.8 Outras imunodeficiências comuns variáveis. <p>2.2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3	<p>3.1 INFORMAR A CONDIÇÃO CLÍNICA APRESENTADA PELO(A) PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Agamaglobulinemia ligada ao X<input type="checkbox"/> Imunodeficiência comum variável<input type="checkbox"/> Outro tipo de IP com predominância de defeitos de anticorpos <p>3.2 O(A) PACIENTE APRESENTA OCORRÊNCIA DE INFECÇÕES DE REPETIÇÃO TÍPICAS DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Relatar características do histórico de infecções:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



	3.3 O(A) PACIENTE APRESENTA OUTRA(S) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS? <input type="checkbox"/> Má-absorção <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> Atraso de crescimento <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Artralgias sem causa aparente <input type="checkbox"/> Ausência de tonsilas e de outros tecidos linfoides <input type="checkbox"/> Outra(s), relatar: _____ _____																								
4	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Infecção ativa e/ou neoplasia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal ou hepática</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>História de reação anafilática a IGH</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgA somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgM somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Deficiência de IgD somente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Imunodeficiência predominantemente celular</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Infecção ativa e/ou neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal ou hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de reação anafilática a IGH	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgA somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgM somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Deficiência de IgD somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Imunodeficiência predominantemente celular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção ativa e/ou neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Insuficiência renal ou hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
História de reação anafilática a IGH	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgA somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgM somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Deficiência de IgD somente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
Imunodeficiência predominantemente celular	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																							
5	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO: Dose de IGH IV recomendada para início de tratamento: <input type="checkbox"/> 300 a 400mg/kg a cada 3 semanas <input type="checkbox"/> 400- 500mg/kg a cada 4 semanas Tempo de tratamento: _____																								
6	TRATAMENTOS PRÉVIOS: _____ _____ _____																								
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____																								
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																								