



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CID-10: ☐ D81.0 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular ☐ D81.1 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B ☐ D81.2 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B ☐ D81.3 Deficiência de adenosina-deaminase [ADA] ☐ D81.8 Outras deficiências imunitárias combinadas
3	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	TEMPO DE TRATAMENTO: ☐ 8 SEMANAS ☐ 12 SEMANAS ☐ 16 SEMANAS ☐ 24 SEMANAS
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