



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA: DETALHAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (INCLUIR TEMPO DE DIAGNOSTICO, PRESENÇA DE COMORBIDADES E SANGRAMENTO): _____ _____ _____ _____
3	PARA SOLICITAÇÕES DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA (IVIG), INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Presença de sangramento significativo, incluindo emergências, definidas como presença de sangramento intracraniano ou mucoso, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ ; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento; ☐ Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm ³ na presença de fatores de risco para sangramento, que incluem: a) Presença de coagulopatias; b) Uso de anticoagulantes; C) Presença de doenças vasculares; D) Preparo para cirurgias e procedimentos invasivos; E) Outros fatores de risco para sangramento, como exposição ocupacional, hipertensão arterial ou epilepsia não controladas. Caso assinalado a última alternativa, especificar fator de risco para sangramento: _____ _____ _____
4	PARA SOLICITAÇÕES DE AZATIOPRINA, CICLOFOSFAMIDA OU RITUXIMABE, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente ou crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) ☐ Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha (corticoides e IVIg).
5	PARA SOLICITAÇÕES DE ELTROMBOPAGUE, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente ou crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico). ☐ Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ OU abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento). ☐ Contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos a seguir: azatioprina OU ciclofosfamida OU rituximabe.
6	PARA SOLICITAÇÕES DE DANAZOL, INDICAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico). ☐ Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm ³ OU abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento). ☐ Contraindicação ao tratamento com eltrombopague.



7	PARA SOLICITAÇÕES DE AZATIOPRINA E/OU CICLOFOSFAMIDA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.												
8	PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? SIM ☐ NÃO ☐ Caso não tenha sido possível realizar a prova tuberculínica (PT) ou IGRA ou já tenha realizado tratamento completo para tuberculose (TB) ativa ou tratamento de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB), relatar: _____ _____												
9	PACIENTE FAZ USO DE OUTROS MEDICAMENTOS? SIM ☐ NÃO ☐ Se sim, quais? _____ _____												
10	INFORMAR USO PRÉVIO DE: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Corticosteroides</td><td>☐ Ciclofosfamida</td><td>☐ Danazol</td></tr><tr><td>☐ Imunoglobulina humana</td><td>☐ Rituximabe</td><td></td></tr><tr><td>☐ Azatioprina</td><td>☐ Eltrombopague</td><td></td></tr></table>	☐ Corticosteroides	☐ Ciclofosfamida	☐ Danazol	☐ Imunoglobulina humana	☐ Rituximabe		☐ Azatioprina	☐ Eltrombopague				
☐ Corticosteroides	☐ Ciclofosfamida	☐ Danazol											
☐ Imunoglobulina humana	☐ Rituximabe												
☐ Azatioprina	☐ Eltrombopague												
11	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia</td><td>☐ Doenças Autoimunes</td></tr><tr><td>☐ Trombocitopenia hereditária</td><td>☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)</td></tr><tr><td>☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa</td><td>☐ Hipogamaglobulinemia</td></tr><tr><td>☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)</td><td>☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)</td></tr><tr><td>☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)</td><td>☐ Tuberculose Ativa ou ILTB</td></tr><tr><td>☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas</td><td>☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos</td></tr></table>	☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia	☐ Doenças Autoimunes	☐ Trombocitopenia hereditária	☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)	☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa	☐ Hipogamaglobulinemia	☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)	☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)	☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)	☐ Tuberculose Ativa ou ILTB	☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas	☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos
☐ Trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia	☐ Doenças Autoimunes												
☐ Trombocitopenia hereditária	☐ Doenças linfoproliferativas (Neoplasias)												
☐ HIV, HCV, HBV ou mononucleose infecciosa	☐ Hipogamaglobulinemia												
☐ Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA)	☐ Hipertensão portal, cirrose (doenças hepáticas)												
☐ Falência de medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica)	☐ Tuberculose Ativa ou ILTB												
☐ Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica): Consumo periférico de plaquetas	☐ Eventos adversos de vacinas e medicamentos												
12	OUTRAS COMORBIDADES APRESENTADAS PELO PACIENTE: _____ _____ _____												
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico												