

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL PARA PACIENTES COM  
LEISHMANIOSE VISCERAL**

Número da ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: \_\_\_\_\_ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO SOLICITANTE**

Hospital ou instituição: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço para entrega: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Peso: \_\_\_\_ kg

Endereço de procedência: \_\_\_\_\_

Município de residência: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS ATUAIS** (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

**Início dos sinais e sintomas:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exame Clínico:**

- |               |                            |                        |
|---------------|----------------------------|------------------------|
| ( ) Febre     | ( ) Esplenomegalia         | ( ) Hepatomegalia      |
| ( ) Palidez   | ( ) Arritmia cardíaca      | ( ) Desnutrição grave  |
| ( ) Icterícia | ( ) Fenômenos hemorrágicos | ( ) Edema generalizado |
| ( ) Vômitos   | ( ) Diarreia               | ( ) Outros: _____      |

**Doenças associadas:**

( ) Ausente            ( ) Doença renal            ( ) Doença cardíaca            ( ) Doença hepática  
( ) HIV/aids            ( ) Infecção bacteriana. Especificar: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV**

( ) Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/Sb+5/kg/dia            nº de doses: \_\_\_\_\_            nº de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia            nº de doses: \_\_\_\_\_            nº de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia            nº de doses: \_\_\_\_\_            nº de esquemas: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS**

Hemácias: \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>            Hematócrito: \_\_\_\_\_ %            Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>            Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>            Eutrófilos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

AST/TGO: \_\_\_\_\_ U/L            ALT/TGP: \_\_\_\_\_ U/L            Bilirrubina total: \_\_\_\_\_ mg/dL

Bilirrubina direta: \_\_\_\_\_ mg/dL            Ativ. de protrombina: \_\_\_\_\_ %            Albumina: \_\_\_\_\_ g/dL

Globulina: \_\_\_\_\_ g/dL            Ureia: \_\_\_\_\_ mg/dL            Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dL

Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME PARASITOLÓGICO:** Aspirado de medula: ( ) Positivo            ( ) Negativo

**EXAME SOROLÓGICO:** RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ Teste rápido: \_\_\_\_\_ Elisa: \_\_\_\_\_

**OUTROS:** \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL**

( ) Insuficiência renal estabelecida

( ) Idade acima de 50 anos

( ) Transplantados renais, cardíacos e hepáticos

( ) Outra indicação            Especificar: \_\_\_\_\_

**Dose prescrita:** \_\_\_\_\_ mg/kg/dia            **Número de ampolas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)