



Nº 02/2021

NOTA TÉCNICA

PARACOCCIDIODOMICOSE

Vigilância em Saúde
Gerência Técnica de Zoonoses/CEVE/DGVS/SES

Implementação de notificação em nível estadual de Paracoccidiodomicose.

CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DA PARACOCCIDIODOMICOSE NO ESTADO, A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE ATRAVÉS DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INFORMA E RECOMENDA:

1. PARACOCCIDIODOMICOSE

A paracoccidiodomicose (PCM) é a mais importante micose profunda existente na América Latina, descrita inicialmente no Brasil em 1908 por Adolfo Lutz. Os hospedeiros definitivos do agente são constituídos pelo ser humano, tatus e o cão.

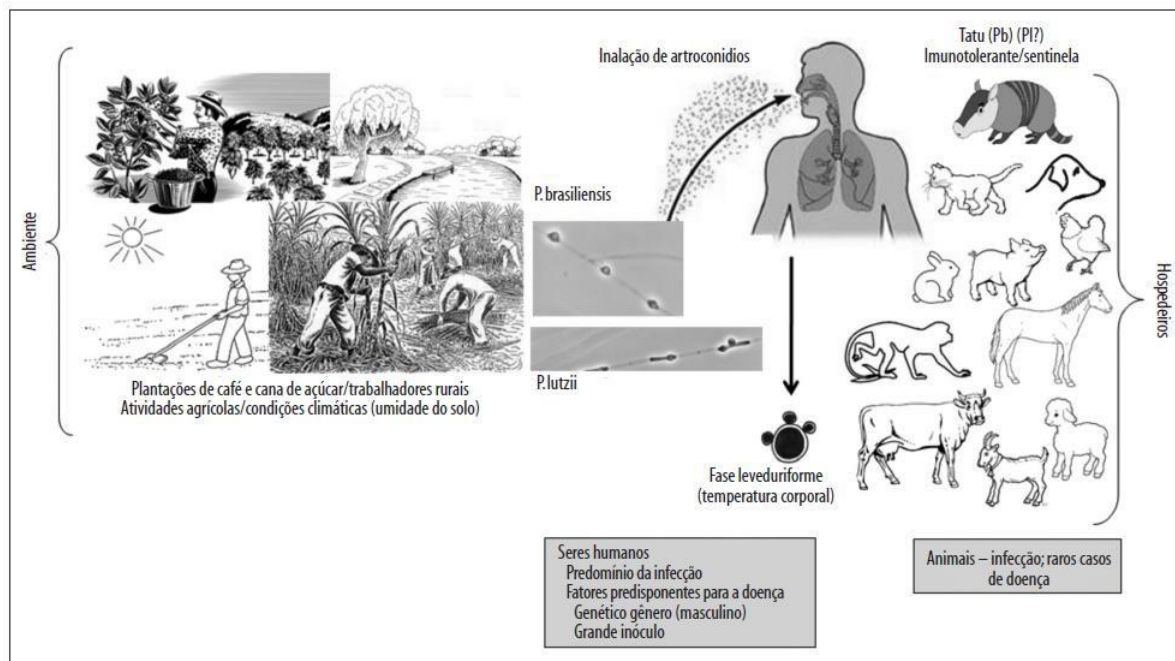
A doença é provocada pelos fungos *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) e *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*), que são dimórficos, e desta forma desenvolvem à temperatura ambiente (22-25°C) sob forma micelial e a 37°C como levedura. O habitat na natureza do agente é desconhecido, mas estudos demonstram que o micélio, sua forma de vida saprofítica, e a produção de esporos infectantes, ocorre em solo e detritos vegetais.

No Brasil, a maioria dos casos tem sido relatados nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. A doença pode acometer pessoas de todas as faixas etárias, com evolução aguda-subaguda ou crônica observada principalmente em crianças-adolescentes ou adultos após os 30 anos de idade, respectivamente; e manifestações clínicas desde benignas até graves com risco de morte. A paracoccidiodomicose representa um importante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante, além de provocar mortes prematuras.

A exposição ao fungo está relacionada com o manejo do solo contaminado, como em atividades agrícolas, terraplanagem, preparo de solo, práticas de jardinagem, transporte de produtos vegetais, entre outras.

Não existe transmissão inter-humana do fungo *Paracoccidioides* spp., nem de animais ao ser humano. No entanto, os indivíduos estão expostos ao risco de contágio por meio de inalação de propágulos infectantes, dispersos no solo. A principal porta de entrada do fungo no organismo é a via inalatória. Os órgãos comumente afetados são os pulmões (50%-100%), seguidos da pele, mucosas, linfonodos, adrenais, sistema nervoso central, fígado e ossos.

Figura 1. Indivíduos com maior risco de contágio por *Paracoccidioides* spp.



Fonte: SHIKANAI-YASUDA et al. (2018).

2. FORMAS DE CONTÁGIO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção paracoccidioidomicótica é adquirida por via inalatória ou inoculação dos esporos em solução de continuidade na pele ou mucosas, em especial na região oral ou anal. Não possui transmissão inter-humana.

O período de estabelecimento inicial do patógeno no organismo do hospedeiro é assintomático, embora haja desenvolvimento de resposta imunitária humoral e celular. Os esporos ou partículas infectantes atingem facilmente as unidades bronquíolo-alveolares, onde ocorre sua transformação em leveduras, e passam a multiplicar-se por brotamento múltiplo. A seguir, o fungo pode provocar alveolite com migração de neutrófilos, que são posteriormente substituídos por linfócitos e macrófagos (polo parenquimatoso).



O processo é seguido pela disseminação linfática com linfangite e reação ganglionar regional com linfadenite (polo ganglionar). Essas alterações constituem-se no complexo primário paracoccidióidico, similar ao da tuberculose. Há a formação do granuloma epitelióide, que é a forma mais típica de reação inflamatória tecidual ao fungo.

A resposta imunológica do hospedeiro determinará a evolução do complexo primário, desde assintomático até com sintomatologia intensa e grave, acometendo órgãos de porta de entrada ou tornando-se sistematizada, na dependência da extensão e intensidade da reação inflamatória, da carga de partículas infectantes inaladas, e da virulência da cepa do patógeno.

Na maioria dos casos, haverá involução espontânea, embora possa ocorrer fungemia em algum momento, com desenvolvimento de foco metastático em qualquer órgão. As cicatrizes resultantes das lesões iniciais podem ser estéreis, com destruição dos fungos se a resposta inflamatória for eficaz.

Em alguns casos, o agente etiológico permanece viável, promovendo a formação de foco latente ou quiescente, que pode perdurar por anos ou pelo resto da vida do hospedeiro, identificada apenas pela reação cutânea do hospedeiro à paracoccidioidina, tornando-se ativa se for favorecida por algum fator de imunossupressão, idade, sexo ou genética. Hábitos como tabagismo e etilismo também são considerados fatores de risco frequentemente associados à micose, e ao agravamento do seu quadro clínico.

A disseminação fúngica pelas vias linfática, hematogênica e canalicular (vias aéreas e digestivas) para vários órgãos e sistemas ocorre excepcionalmente após o contato inicial com o patógeno, provavelmente devido à resposta de defesa ineficaz do hospedeiro. O desenvolvimento desse tipo de evolução caracteriza a forma aguda ou subaguda observada principalmente em crianças e adultos de até 30 anos de idade de ambos os sexos.

Todos os órgãos podem ser acometidos, sendo frequente o comprometimento cutâneo-mucoso (especialmente boca e vias aéreas superiores), linfático, pulmonar, adrenal, nervoso central, baço, fígado, ossos e articulações.

A evolução da doença pode ser para cura, seqüela ou óbito. As cicatrizes podem promover alterações da função pulmonar, das vias aéreas superiores ou digestivas, além de promoverem retrações estéticas cutaneomucosas graves.



O ser humano, mesmo sendo acometido pela doença, constitui-se em hospedeiro resistente, uma vez que o número de indivíduos expostos ao fungo é bem maior que o de doentes.

Sua maior prevalência entre homens parece estar associada à proteção feminina proporcionada pelo estrogênio, que inibe a transformação do micélio em levedura. Essa concepção é reafirmada pela prevalência semelhante entre os sexos na primeira e após a sexta décadas de vida.

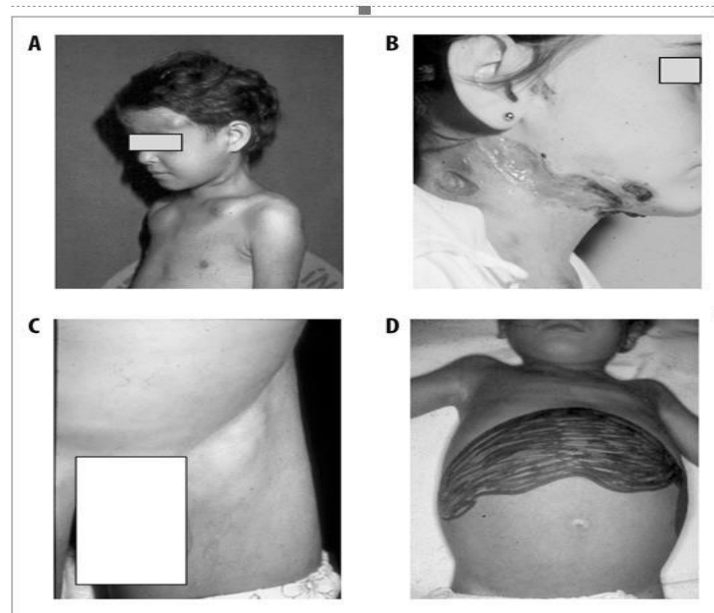
O *Paracoccidioides* spp., apesar de ser patogênico, possui também caráter oportunista, pois associa-se às formas graves e disseminadas com fatores de imunodeficiência como leucemia, linfoma, imunossupressão medicamentosa, estado pós-transplantes e síndrome de imunodeficiência adquirida. Nestes casos a evolução clínica tende a ser aguda ou subaguda, febril e sistêmica, com granulomas frouxos e ricos em fungos demonstráveis em exames histopatológicos.

Formas clínicas:

- ***Aguda/subaguda (juvenil/adolescência)***

É a forma clínica da paracoccidioidomicose da infância, do adolescente e do adulto até 30-35 anos de idade. Representa 3-5% dos casos de paracoccidioidomicose. Linfonodomegalias superficiais e profundas, com supuração de massa ganglionar, hepatoesplenomegalia e diversos sintomas (digestivos, cutâneos e osteoarticulares) são as principais manifestações da doença, além de anemia, febre e emagrecimento, com rápida deterioração do estado geral da criança. É raro o comprometimento pulmonar.

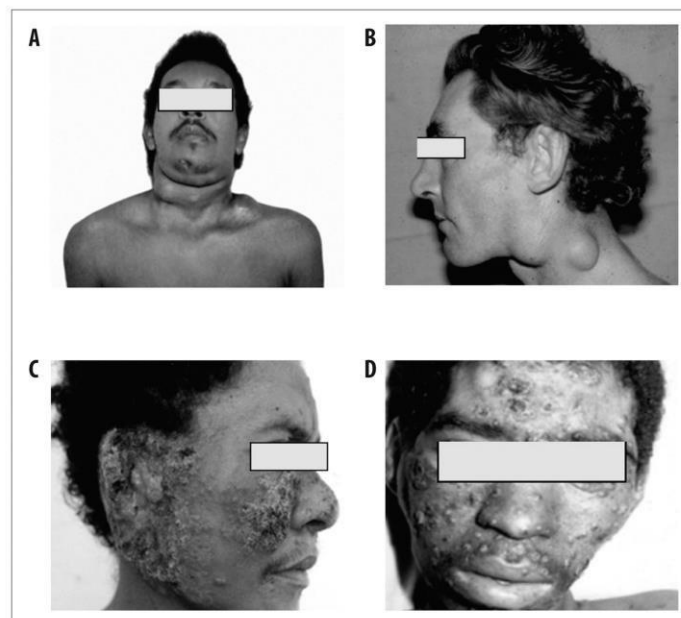
Figura 2. Forma aguda da paracoccidioidomicose em crianças



* A = abscessos em regiões frontal e clavicular, resultantes do acometimento osteoarticular; B = criança do sexo feminino apresentando importante acometimento linfático abscedado; C = linfadenomegalia inguinal; D = acometimento linfático-abdominal com ascite e hepatoesplenomegalia.

Fonte: SHIKANAI-YASUDA et al. (2006) adaptado.

Figura 3. Pacientes com a forma aguda/subaguda (tipo juvenil) da Paracoccidioidomicose(PCM)



A = massas ganglionares em região supraclavicular, cervical e submandibular; B = linfadenomegalia da PCM, que deve ser diferenciada de doenças hematológicas, como linfoma; C = lesões ulceradas de aspecto verruciforme em face e pavilhão, resultante de disseminação hematogênica; D = lesões de aspecto papulonodular e ulceradas, resultantes de disseminação hematogênica.

Fonte: SHIKANAI-YASUDA et al. (2006) adaptado.

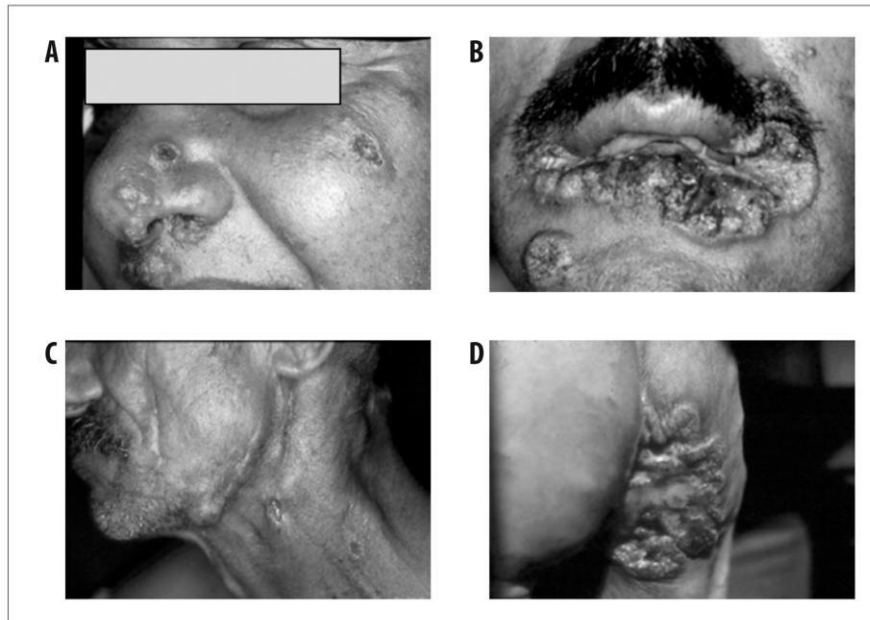
- **Forma crônica unifocal/multifocal do adulto**

É a forma mais frequente (90% dos casos), com predomínio no sexo masculino. Caracteriza-se por evolução crônica, com sintomas de fraqueza, emagrecimento, febre, tosse, dispneia, infiltrado reticulonodular (geralmente nos dois terços superiores dos pulmões) e hipertransparência distal bibasal (forma unifocal).

Quando a doença compromete outros sítios extrapulmonares, tais como a pele, a mucosa oral (estomatite moriforme), mucosas da faringe e/ou da laringe e o ápice dos dentes, é considerada como forma multifocal, gerando sintomas de dor durante a mastigação, sialorreia e odinofagia. O indivíduo demora muito a procurar assistência médica, muitas vezes instalando-se um quadro de caquexia. A radiografia de tórax revela as mesmas lesões da forma unifocal.

Outros locais envolvidos pela paracoccidiodomicose são as suprarrenais, o sistema nervoso central, os linfonodos cervicais e submandibulares, os intestinos, o sistema osteoarticular, o epidídimo, o fígado e o baço.

Figura 4. Aspectos clínicos da forma crônica da paracoccidiodomicose



A = lesões cutâneas papulosas e ulcerocrostosas em face; B = acometimento perioral e mentoniano; C = linfonodos cervicais e submandibulares fistulizados; D = lesão vegetante, com bordas irregulares em região perianal.

Fonte: SHIKANAI-YASUDA et al. (2006) adaptado.



- **Formas residuais (sequelas)**

As formas residuais caracterizam-se pelas manifestações clínicas decorrentes de alterações anatômicas e funcionais causadas pelas cicatrizes que se seguem ao tratamento da paracoccidioomicose. Vários órgãos podem ser afetados, mas apresentam maior incidência os pulmões, pele, laringe, traqueia, glândulas adrenais, mucosa das vias aerodigestivas superiores, sistema nervoso central e sistema linfático.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e laboratorial. A confirmação laboratorial é feita pelo achado do fungo em materiais clínicos (secreções e tecidos), em forma de levedura com ou sem gemulação e cultura específica. A sorologia e a histopatologia também são consideradas na confirmação diagnóstica da PCM. Exames complementares, como hemograma, provas bioquímicas e exames de imagem podem auxiliar o diagnóstico.

O principal diagnóstico diferencial é com tuberculose pulmonar, muito semelhante à paracoccidioomicose em relação às alterações radiográficas e às manifestações clínicas. O que define o diagnóstico é a presença, nos espécimes analisados, do fungo (paracoccidioomicose) ou do bacilo de Koch (tuberculose). Tuberculose e paracoccidioomicose podem comprometer um mesmo indivíduo, e essa associação ocorre em 5,5-19% dos casos, tornando mais difícil o diagnóstico de ambas as doenças.

4. TRATAMENTO

A escolha terapêutica dependerá da forma clínica apresentada pelo indivíduo na unidade de saúde e da disponibilidade do medicamento.

Formas leves e moderadas:

1ª escolha: Itraconazol;

2ª escolha: sulfametoxazol + trimetoprim, sendo a opção terapêutica para pacientes com formas leves, moderadas e graves, especialmente nas formas com comprometimento neurológico, quando se recomenda prolongar o tratamento, nas situações em que não haja disponibilidade do itraconazol.



Formas graves:

Anfotericina B desoxicolato;

Formulações lipídicas da anfotericina B.

Sempre que possível, optar pela utilização de formulação lipídica, tendo em vista os graves efeitos colaterais da anfotericina desoxicolato.

Alternativa:

Solução endovenosa de sulfametoxazol + trimetoprim até a melhora clínica do paciente, de maneira a permitir a terapêutica antifúngica oral.

O complexo lipídico de anfotericina B e o itraconazol são medicamentos antifúngicos disponíveis no estoque estratégico do Ministério da Saúde, dispensados pela área técnica de Vigilância e Controle das Micoses Sistêmicas, desde 2008. O atendimento à solicitação desses antifúngicos decorre do preenchimento da ficha de solicitação de medicamentos antifúngicos para tratamento de pacientes com micoses sistêmicas endêmicas, como a paracoccidiodomicose, além da comprovação da infecção fúngica em atividade (diagnóstico laboratorial recente) e resultado da sorologia anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

O manejo terapêutico da paracoccidiodomicose deve obrigatoriamente compreender, além da utilização de drogas antifúngicas, o emprego de medidas que melhorem as condições gerais do paciente, o tratamento de comorbidades infecciosas ou não, a aplicação de critérios de cura e o acompanhamento pós-terapêutico.

Atenção: a automedicação é CONTRAINDICADA!

- **4.1. Autorização para liberação de antifúngicos**

Para pacientes portadores de paracoccidiodomicose, **NÃO portadores de HIV/AIDS**. No caso de pacientes soropositivos para HIV, é responsabilidade dos municípios (de acordo com a Resolução nº 13/CIB/SES) a aquisição e disponibilização dos medicamentos para estes pacientes, conforme pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Ministério da Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde é responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos para atendimento às infecções oportunistas destes pacientes.



No caso do Itraconazol para tratamento ambulatorial de pacientes portadores de paracoccidioomicose a instituição deverá encaminhar planilha com o nome do paciente, data de nascimento, matrícula/cartão sus, forma clínica da doença, data do início do tratamento, e no de cápsulas/dia, exame comprobatório da infecção fúngica, além do relatório médico justificando a conduta. Asseguramos 1 (um) ano de tratamento para cada paciente portador de Paracoccidioomicose. No caso de necessidade de prolongamento do tratamento, deverá ser enviado relatório médico atualizado e cópia da imunodifusão, ou outro exame comprobatório de infecção fúngica em atividade que justifique a nova solicitação/ conduta.

Para a liberação de complexo lipídico de Anfotericina B, é necessário que seja enviado um resumo atual do caso em formulário (anexo II) com diagnóstico de infecção fúngica comprovada (enviar cópia do laudo), cópia do laudo da sorologia para HIV, indicação, dose prescrita, duração do tratamento e quantitativo total. A Ficha de solicitação de antifúngicos (anexo II) deverá estar **COMPLETAMENTE** preenchida. **No caso de necessidade de prolongamento do tratamento, deverá ser enviado relatório médico e cópia do exame comprobatório de infecção fúngica em atividade que justifique a nova solicitação/ conduta.**

Toda solicitação de antifúngicos para **pacientes internados**, deverá ser enviada a ficha de solicitação de antifúngicos (formulário próprio do MS), **independentemente** do agravo e do medicamento solicitado.

Cabe ressaltar que esses medicamentos antifúngicos **NÃO são disponibilizados para tratamentos empíricos**, só para casos confirmados laboratorialmente. Da mesma forma, **NÃO são disponibilizados para esquemas de profilaxia.**

A Instituição solicitante deverá ser **EXCLUSIVAMENTE** pública (Hospitais das SMS, SES e Hospitais Universitários) e deverá estar cadastrada junto ao Sistema de Insumos Estratégicos (SIES) e Sistema de Materiais (SISMAT), do Ministério da Saúde.

5. CONTROLE E PREVENÇÃO

Não há medida de controle disponível. Deve-se tratar os doentes precoce e corretamente, visando impedir a evolução da doença e suas complicações. Ainda não existem vacinas para a prevenção da paracoccidioomicose.



Recomenda-se, tanto no ambiente rural como no periurbano, evitar a exposição à poeira originada de escavação do solo, de terraplanagem e de manipulação de vegetais. Para os trabalhadores rurais e motoristas de trator constantemente expostos à poeira mais densa, particularmente os que fazem a coleta manual, limpeza (abano) e varrição do café, é presumível evitar a exposição com máquinas de cabine bem vedada ou máscaras protetoras tipo N95 (quando disponíveis) possa proteger da infecção por *Paracoccidioides* spp.

Aconselha-se evitar a exposição de crianças e indivíduos imunodeprimidos a situações de risco em zona rural. Em laboratórios, a manipulação de isolados do fungo, sempre que possível, deve ser feita em capela de segurança, principalmente de cultivos na forma de micélio.

6. IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA PARACOCCIDIOIDOMICOSE HUMANA

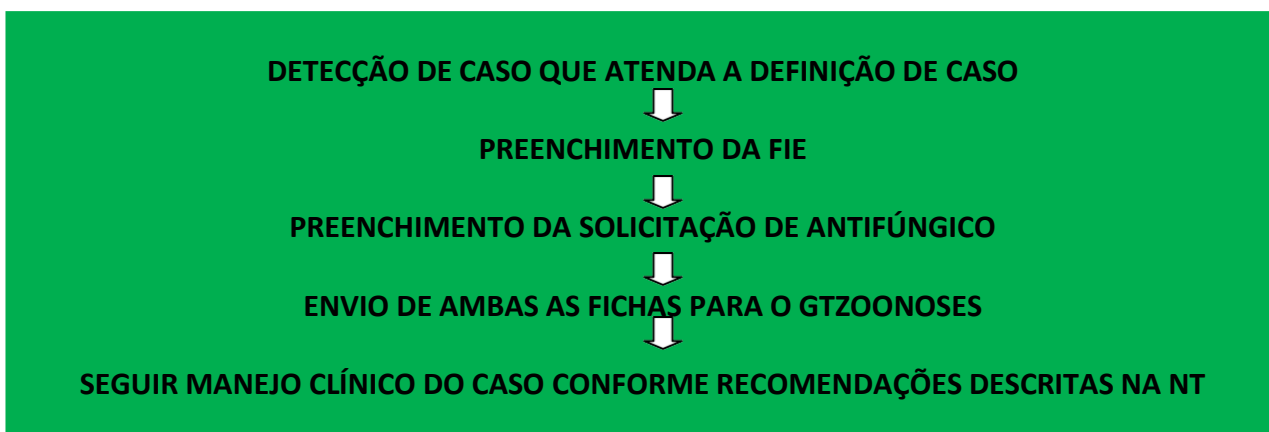
A paracoccidioidomicose passa a ser, a partir de 28 de outubro de 2020, através da publicação da resolução nº 88/CIB/SES, doença de notificação compulsória na esfera estadual.

A ocorrência de casos humanos suspeitos deverá ser realizada a notificação no SINAN Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) na Ficha de Notificação/Conclusão (ANEXO I).

Todos os casos notificados deverão ser investigados por meio do preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica – PARACOCCIDIOIDOMICOSE [CID 10 - B.41]

O formulário de investigação deverá ser enviado no e-mail gtzoonosesms@outlook.com logo após seu preenchimento, assim como a ficha de solicitação de medicamentos antifúngicos (ANEXO II). O prazo para o encerramento oportuno no SINAN NET é de até 180 dias após data de notificação.

FLUXOGRAMA DE VIGILÂNCIA DA PARACOCCIDIOIDOMICOSE





7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 136 p. Série B. Textos Básicos de Saúde; Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 29-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 194 p.

COSTA, RLB. Paracoccidiodomicose: fatores prognósticos associados à evolução da doença e ao abandono do tratamento. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Instituto de Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

FORNAJEIRO, N; MALUF, MLF; TAKAHACHI, G; SVIDZINSKI, TIE. Inquérito epidemiológico sobre a paracoccidiodomicose utilizando a gp43 em dois municípios do noroeste do Paraná, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.38, n.2, p.191-193, 2005.

HILDEBRAND, TM; ROSARIO FILHO, NA; TELLES-FILHO, FQ; COSTA, O; MIYASAKI, N; MIRA, JGS; MIYAKI, M. Paracoccidiodomicose na criança. Aspectos clínicos e laboratoriais em 25 casos. Jornal de Pediatria, v.63, p.92-97, 1987.

MARQUES, SA. Paracoccidiodomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.78, n.2, p.135-150, 2003.

QUEIROZ-TELLES, F. Paracoccidiodomicose: uma importante descoberta. Prática Hospitalar, v.x, n.58, p.23-25, 2008.

SHIKANAI-YASUDA, M. A. et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, n. esp., p.e0500001, 2018.

SHIKANAI-YASUDA, M. A.; TELLES FILHO, F. Q.; MENDES, R. P.; COLOMBO, A. L.; MORETTI, M. L. Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidiodomicose. Consenso em paracoccidiodomicose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.39, n.3, p.297-310, 2006.

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul

Secretário de Estado de Saúde

Secretária de Estado de Saúde Adjunta

Diretora de Vigilância em Saúde

Coordenadoria do CIEVS Estadual

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

Gerente Técnico de Zoonoses

Reinaldo Azambuja Silva

Geraldo Resende Pereira

Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Larissa Domingues Castilho de Arruda

Karine Ferreira Barbosa

Ana Paula Rezende Goldfinger

Rafael Ovidio de Oliveira

Elaboração

Paulo Alexandre Bogiani

Maik Antonio da Silva

Rafael Ovidio de Oliveira

Danila Fernandes Rodrigues Frias



ANEXO I

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Conclusão				
	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
	Local Provável da Fonte de Infecção				
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	36 País		
37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro		
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento			
Informações complementares e observações					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura		
	Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005	



ANEXO II
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS PARA PACIENTES COM MICOSES
SISTÊMICAS

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

Número da notificação no Sinan: _____ (Serviço de vigilância epidemiológica-SES/SMS)

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: ____/____/____

Co- morbidades:

() Ausente () Doença renal () Doença cardíaca () Doença hepática

() Doença onco-hematológica Especificar: _____

Outras: _____

EXAME MICOLÓGICO: MATERIAL _____: () Positivo () Negativo

OUTROS: _____



DIAGNÓSTICO : (Especificar e anexar cópia do laudo)

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____x10⁶ Hematócrito: _____% Hemoglobina: _____g/Dl
Plaquetas: _____mm³ Leucócitos: _____mm³ Neutrófilos: _____mm³
AST/TGO: _____U/L ALT/TGP: _____U/L Bilirrubina total: _____mg/dL
Bilirrubina D: _____mg/dL Ativ. de protrombina: _____% Ureia: _____mg/dL
Creatinina: _____mg/dL
Outros: _____

TRATAMENTO(S) ESPECÍFICO(S) REALIZADO(S) (Solicitação individual)

- () Virgem de tratamento
- () Anfotericina B Desoxicolato Dose total administrada: _____
- () Anfotericina B complexo lipídico: Dose: _____mg/kg/dia Dose total administrada: _____
- () Anfotericina B lipossomal: Dose: _____mg/kg/dia Dose total administrada: _____
- () Itraconazol : Dose diária: Tempo de tratamento: _____
- () Fluconazol sol.injetável Dose diária: Tempo de tratamento: _____
- () Fluconazol cápsulas Dose diária: Tempo de tratamento: _____
- () Flucitosina Dose diária: Tempo de tratamento: _____

ESQUEMA TERAPÊUTICO PRESCRITO:

Medicamento(s): _____

Dose(s) prescrita(s): _____

Tempo previsto de tratamento: _____ **Quantitativo(s)** _____

NO CASO DE INDICAÇÃO DO COMPLEXO LIPÍDICO DE ANFOTERICINA B

- () Insuficiência renal estabelecida
- () Refratariedade à outro esquema terapêutico
- () Transplantados renais, cardíacos e hepáticos
- () Outra indicação Especificar: _____

(Assinatura e carimbo do médico)