

Para efetivar a solicitação de medicamentos, é necessário preencher esta ficha e enviar por email para: [medtbcve@yahoo.com](mailto:medtbcve@yahoo.com)

**\* Preenchimento Obrigatório**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do paciente: \*

Nome da mãe do paciente:\*

Data de Nascimento:\*

Sexo:  Masculino  Feminino

Municípios de Residência:\*

Número do SINAN:

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

Unidade de Saúde:\*

Paciente internado? (Responder no caso da unidade solicitante ser Hospital)  
Sim Não

Município de Atendimento:\*

Endereço da Unidade:\*

E-mail da unidade: \* (De preferência da farmácia ou do local responsável pela retirada da medicação.)

**E-mail da UNIDADE:**

Email do profissional solicitante:

Nome do médico solicitante:\*

Telefone da Unidade solicitante:

Telefone do médico:

## JUSTIFICATIVA

### **RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA**

RIFAMPICINA:	Resistente	Sensível
ISONIAZIDA:	Resistente	Sensível
PIRAZINAMIDA:	Resistente	Sensível
ETAMBUTOL:	Resistente	Sensível
ESTREPTOMICINA:	Resistente	Sensível

### **TOXICIDADE/INTOLERÂNCIA**

Data do resultado (Anterior à interrupção dos medicamentos de TB)

AST (TGO) - Anterior à interrupção dos medicamentos de TB

ALT (TGP) - Anterior à interrupção dos medicamentos de TB

Data do resultado (Posterior à interrupção dos medicamentos de TB)

AST (TGO) - Posterior à interrupção dos medicamentos de TB

ALT (TGP) - Posterior à interrupção dos medicamentos de TB

Fosfatase Alcalina (FA):

Exames Laboratoriais - Outros:

Intolerância a(s) qual(is) drogas? \*

RMP

PZA

SM

INH

EMB



## USO DE INIBIDORES DE PROTEASE QUE IMPEDEM O USO DA RIFAMPICINA

**INSUFICIÊNCIA RENAL**

**OUTROS. Qual?**

**RESULTADO DO TESTE ANTI-HIV: \***

Positivo

Negativo

Em Andamento

Não realizado

**Peso do paciente:\***

### ESQUEMA DE TRATAMENTO

**Tipo de Solicitação:**

**Data do início do esquema atual.\***

1ª SOLICITAÇÃO

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO ESPECIAL

**Há quantos meses?\***

**Evolução: \***

Favorável

Desfavorável

**ESQUEMA PROPOSTO: \***

Rifampicina

Estreptomicina

Etioamida

Isoniazida

Amicacina

Claritromicina

Pirazinamida

Levofloxacino

Terizidona

Etambutol

**Medicação Solicitada: \***

**Rifampicina**

**Isoniazida**

**Pirazinamida**

**Etambutol**

**Estreptomicina**

**Amicacina**

**Levofloxacino**

**Terizidona**

**Etionamida**

**Claritromicina**

**OBSERVAÇÕES:**