



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES**

Ficha para Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde - Solicitação de Tratamento Específico

Secretaria de Estado da Saúde de _____

Data do cadastramento: ____/____/____

DADOS PARA ENTREGA DO MEDICAMENTO

Unidade de saúde de atendimento: _____

Característica da unidade: _____

Nome do médico responsável: _____

CRM: _____

Telefone: (____) _____

Celular: (____) _____

Email: _____

Nome do responsável pelo recebimento: _____

Telefone: (____) _____

Celular: (____) _____

Email: _____

Endereço para entrega: _____

Cidade: _____

UF: ____

CEP: _____ - _____

Data da solicitação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome completo da mãe: _____

Sexo: _____

Idade: _____ () Meses () Anos

Peso: _____ Kg

Endereço: _____

Município de residência: _____

UF: _____

MODO DE TRANSMISSÃO PROVÁVEL:

() Vetorial

() Oral

() Vertical

() Transfusional

() Acidente com Material Biológico

() Transplante de Órgãos

() Não definida / Indeterminada

() Outros. _____

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO ATUAL:

() Forma aguda

() Forma congênita

() Forma crônica indeterminada

() Forma crônica recente com sinais e sintomas não avançados

() Forma crônica tardia com sinais e sintomas não avançados

() Forma crônica tardia em população < 18 anos de idade

() Paciente infectado pelo HIV com reativação da doença de Chagas

() Paciente submetido a transplante ou à terapia imunossupressora

() Paciente receptor de órgão de doador soropositivo para doença de Chagas

() Acidente com material biológico possível ou provavelmente contaminado com *T. cruzi*

() Outros. Especificar com inserção de justificativa _____

Dose diária total prescrita: _____ mg

Número de comprimidos solicitados: _____