



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000  
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153  
E-mail: [leishmanioses@saude.gov.br](mailto:leishmanioses@saude.gov.br)

## Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

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

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

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

### Forma clínica:

- ( ) Leishmaniose visceral ( ) Leishmaniose tegumentar difusa  
( ) Leishmaniose tegumentar cutânea ( ) Leishmaniose tegumentar mucosa

### 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

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 ( ) Diarreia ( ) Arritmia cardíaca  
( ) Esplenomegalia ( ) Icterícia ( ) Vômitos  
( ) Hepatomegalia ( ) Fenômenos hemorrágicos ( ) Dispneia  
( ) Palidez ( ) Edema localizado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Desnutrição grave ( ) Edema generalizado

### Doenças associadas:

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

## TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

( ) Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/Sb+5/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>      Neutrófilos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Ativ. de protrombina: \_\_\_\_\_ %

Hematócrito: \_\_\_\_\_ %      AST/TGO: \_\_\_\_\_ U/L      Albumina: \_\_\_\_\_ g/dL

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL      ALT/TGP: \_\_\_\_\_ U/L      Globulina: \_\_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina total: \_\_\_\_\_ mg/dL      Ureia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina direta: \_\_\_\_\_ mg/dL      Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dL

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

**EXAME PARASITOLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspirado de medula: ( ) Positivo ( ) Negativo      Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**EXAME SOROLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ Teste rápido: \_\_\_\_\_ Elisa: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**OUTROS EXAMES (Ex: PCR)** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

( ) Idade menor que 1 ano

( ) Idade maior que 50 anos

( ) Insuficiência renal

( ) Insuficiência hepática

( ) Insuficiência cardíaca

( ) Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;

( ) Intervalo QT corrigido maior que 450 ms

( ) Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT

( ) Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Infecção pelo HIV (tratamento)

( ) Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)

( ) Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Gestantes

( ) Escore de gravidade clínico  $\geq 4^1$  Informar valor: \_\_\_\_\_

( ) Escore de gravidade clínico-laboratorial  $\geq 6^1$  Informar valor: \_\_\_\_\_

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

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

<sup>1</sup> Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral : recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1561](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561)