



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º Andar, Sala COVEV, Brasília-DF CEP: 70304-000
Tel. (61) 3213-8157/8154/8156 FAX (61) 3213-8140

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM LEISHMANIOSE TRATADOS COM ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

Número da ficha: _____ (para uso do Ministério da Saúde) Data da solicitação: ____/____/____

Nome completo da instituição: _____

Nome do solicitante: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

EVOLUÇÃO

() Melhora () Cura () Óbito () Sem relatório de acompanhamento

MEDICAÇÃO

Data de recebimento: ____/____/____ Nº de ampolas recebidas: _____

Data do início do tratamento: ____/____/____ Nº de ampolas utilizadas: _____

Nº de ampolas em estoque desta solicitação: _____

Caso tenha ampolas em estoque, justificar o motivo da sobra: () Óbito () Alta () Transferência () Abandono

Outro motivo: _____

EFEITOS COLATERAIS OBSERVADOS

() Febre () Cefaleia () Náusea () Vômitos () Tremores () Calafrios () Dor lombar

() Outros (incluindo alterações bioquímicas): _____

(Assinatura e carimbo)

Esta ficha deverá ser entregue NO PRAZO MÁXIMO DE 30 DIAS a contar da data de entrega do medicamento. A não entrega da mesma poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.