



**REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DA MILTEFOSNA &
Divisão de Zoonoses / CVE / CCD / SES - SP**

Dados Gerais

Data do preenchimento	UF SP	Município
------------------------------	-----------------	------------------

Identificação do Preenchedor (no aplicativo REDCap)

Nome completo	
Lotação <input type="checkbox"/>	1.Assistência farmacêutica 2. Vigilância Epidemiológica 3. Outro _____
Cargo/Função	Telefone com DDD ()
E-mail	

Identificação da Instituição Pública Dispensadora da Miltefosina

CNPJ	Nome da instituição
-------------	----------------------------

Identificação do Prescritor da Miltefosina

Nome completo	
CRM	Especialidade

Identificação do Paciente

Nome completo			
UF de residência	RG	Data de nascimento	Idade
Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	Cor/Raça <input type="checkbox"/> 1.Branca 2.Preta 3.Parda <input type="checkbox"/> 4.Indígena 5.Amarela	Coinfecção HIV <input type="checkbox"/> 1.Sim 2.Não <input type="checkbox"/> 3.Teste não realizado	
Número Sinan	Tipo de Entrada <input type="checkbox"/> 1.Caso novo 2.Recidiva		

Certifique-se de que a paciente em idade fértil com possibilidade de gravidez:

- ✓ Tenha recebido as devidas orientações acerca dos riscos e precauções de uso do medicamento;
- ✓ Tenha apresentado resultado negativo para o teste Beta-HCG;
- ✓ Esteja em uso de terapia contraceptiva há pelo menos 30 (trinta) dias antes do início do tratamento; e
- ✓ Tenha assinado o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

Reforce a importância do uso de 2 (dois) métodos efetivos de contracepção, sendo 1 (um) deles de barreira, durante 30 (trinta) dias antes do início do tratamento, durante todo o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término ou interrupção.

Diagnóstico		
Data do diagnóstico	Parasitológico <input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo <input type="checkbox"/> 3. Não realizado	Molecular <input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo <input type="checkbox"/> 3. Não realizado
Histopatológico <input type="checkbox"/> 1. Encontro do Parasita 2. Compatível <input type="checkbox"/> 3. Não compatível 4. Não realizado		Outro <input type="checkbox"/> 1. IFI 2. Imunocromatográfico <input type="checkbox"/> 3. Elisa 4. Outro _____
Forma clínica <input type="checkbox"/> 1. Cutânea localizada <input type="checkbox"/> 2. Cutânea difusa <input type="checkbox"/> 3. Cutânea disseminada <input type="checkbox"/> 4. Mucosa	Agente etiológico <input type="checkbox"/> 1. <i>Leishmania braziliensis</i> 2. <i>Leishmania guyanensis</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>Leishmania amazonensis</i> <input type="checkbox"/> 4. Outra _____ <input type="checkbox"/> 5. Desconhecida	
Tratamentos anteriores		
Medicamento(s) usado(s) em tratamento(s) anterior(es)* <input type="checkbox"/> 1. Virgem de tratamento 2. Antimoniato de Meglumina parenteral <input type="checkbox"/> 3. Antimoniato de Meglumina intralesional 4. Anfotericina b Lipossomal <input type="checkbox"/> 5. Anfotericina b (desoxicolato) 6. Isotionato de Pentamidina <input type="checkbox"/> 7. Pentoxifilina associada ao Antimoniato de Meglumina 8. Miltefosina <input type="checkbox"/> 9. Outra _____		
*Marque uma ou mais alternativas		
Prescrição		
Data da prescrição	Etapa do Tratamento <input type="checkbox"/> 1. 1ª etapa (primeiros 14 dias) <input type="checkbox"/> 2. 2ª etapa (últimos 14 dias)	
Critério(s) para prescrição da Miltefosina * <input type="checkbox"/> 1. Primeira escolha 2. Continuidade de tratamento (2ª etapa) <input type="checkbox"/> 3. Falha terapêutica com uso de outro(s) medicamento(s) <input type="checkbox"/> 4. Falha terapêutica com uso da Miltefosina <input type="checkbox"/> 5. Hipersensibilidade a outro(s) medicamento (s) <input type="checkbox"/> 6. Outra _____		
*Marque uma ou mais alternativas		
Peso	Posologia prescrita (mg/Kg/dia) <input type="checkbox"/> 1. 2,5 <input type="checkbox"/> 2. Outro _____	Tempo de tratamento em número de dias <input type="checkbox"/> 1. 14 <input type="checkbox"/> 2. Outro _____
Dispensação		
Quantidade dispensada <input type="checkbox"/> 1. 42 cápsulas (1 caixa) 2. Outro _____		
Lote dispensado (1)	Validade (1)	
Lote dispensado (2)	Validade (2)	

& Formulário adaptado pela Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. Original disponível no endereço eletrônico <https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=PC8PFWA8LX>