

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DOENÇA DE CHAGAS**

Segue **Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamento específico para tratamento da doença de Chagas.**

Ao questionário do FormSUS, anexar os seguintes documentos:

1. Receita médica
2. Exames laboratoriais diagnóstico
3. RG do paciente

**Notificação SINAN Nº:****Data da solicitação:****Forma Clínica:**

- Doença de Chagas aguda
- Doença de Chagas crônica

**Informe o CID da doença:**

Para a forma crônica indeterminada não preencher esse campo

- CID 10 - B57.0 Forma aguda da doença de Chagas, com comprometimento cardíaco
- CID 10 - B57.1 Forma aguda da doença de Chagas, sem comprometimento cardíaco
- CID 10 - B57.2 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento cardíaco
- CID 10 - B57.3 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do aparelho digestivo
- CID 10 - B57.4 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do sistema nervoso
- CID 10 - B57.5 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento de outros órgãos
- CID 10 - K23.1 Megesôfago na doença de Chagas
- CID 10 - K93.1 Megacôlon na doença de Chagas

**Estabelecimento solicitante:****Médico solicitante:****CRM:****Nome do paciente:****Anexar documento de identificação.**

**Data de Nascimento:**

**Nome da mãe do paciente:**

**Município de residência:**

**Peso do paciente (em kg):**

**Data dos primeiros sintomas (só para casos sintomáticos):**

**Ocupação:**

**Em caso positivo, por que o paciente precisa retratar? :**

Atenção! Anexar relatório médico informando o motivo do retratamento.

**Em caso positivo, por que o paciente precisa retratar?**

**Exames realizados:**

- Sorológico
- Parasitológico direto

**Anexar os exames laboratoriais realizados para diagnóstico para doença de Chagas.**

**Raça-cor:**

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela
- Ignorado

**Pessoa respondente quesito raça-cor:**

- Paciente
- Mãe do paciente

- Responsável
- Médico

**Anexar a receita médica do paciente.**

**Medicamento solicitado:**

**Quantidade (nº de comprimidos):**

**Telefone do paciente:**

Informe ddd e telefone (apenas números). Será o número informado para ser avisado quando o medicamento estiver disponível para entrega.

#### Informações do preenchimento

Esse campo deve ser preenchido pela pessoa que respondeu ao FORMSUS

**Nome do responsável:**

**Telefone:**

Informe ddd e número - apenas números

**E-mail para contato:**

Se possível, informe o e-mail institucional; Ex: tertuliano.paiva@saude.gov.br