

**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 Megaesôfago na doença de Chagas
 CID 10 - K93.1 Megacólon 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