



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

## Formulário para coleta SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇA DE CHAGAS

Registro IAM: \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Prontuário nº: \_\_\_\_\_ Medico(a) solicitante/CRM: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

2. Município de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

3. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. Gênero: (1) Feminino (2) Masculino

### 5. Motivo da solicitação do exame:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| (1) Paciente de Triagem     | (5) Resultados discordantes em exames anteriores  |
| (2) Avaliação do Tratamento | (6) Possibilidade de transmissão congênita (mãe)  |
| (3) Reavaliação Sorológica  | (7) Possibilidade de infecção congênita (criança) |
| (4) Infecção aguda          | (8) Outros: _____                                 |

### 6. Epidemiologia:

- |  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Morou em casa de taipa?                | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Conhece o barbeiro?                    | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| A mãe é portadora da doença de Chagas? | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Já recebeu transfusão sanguínea?       | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Quando descobriu a doença?             | _____   |         |         |

### 7. Exames Solicitados:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| (1) Exames Sorológicos | (2) Exames Parasitológicos |
| (3) Western Blotting   | (4) PCR                    |
| (5) Outros: _____      |                            |

### 8. Tipo de coleta:

- |                   |
|-------------------|
| (1) Tubo seco     |
| (2) Tubo com EDTA |
| (3) Lâmina        |

### 9. Resultados Sorológicos Anteriores (Caso não seja paciente de triagem):

Laboratórios: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IFI:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____
HAI:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____
ELISA:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____

10. Tratamento etiológico (Benzonidazol): (1) Sim (2) Não

\*Recebido em: \_\_\_\_\_ \*Hora: \_\_\_\_\_ \*Responsável: \_\_\_\_\_

\*= preenchimento no IAM; IGN = Ignorado