

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA SINDROME INFLAMATORIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA ASSOCIADA A COVID19 (IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G) - CID: B34.2

NOME DO PACIENTE: _____

DOCUMENTOS	EXAMES ESPECÍFICOS
<input type="checkbox"/> LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE. <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO MÉDICA	<p><u>EXAMES OBRIGATÓRIOS (DE ACORDO COM CRITÉRIO DE INCLUSÃO):</u></p> <input type="checkbox"/> PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT – PCR <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2 <input type="checkbox"/> D-DÍMERO <input type="checkbox"/> FIBRINOGENÍO <input type="checkbox"/> FERRITINA <input type="checkbox"/> ALBUMINA SÉRICA <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> TROPONINA/NT-PROBNP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> PROTEINÚRIA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RAIO X DO TÓRAX <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO

OBRIGATÓRIO A PRESENÇA DE:

- PRESENÇA DE FEBRE ($\geq 38^\circ$) E PERSISTENTE (≥ 3 DIAS) EM PACIENTES COM **FAIXA ETÁRIA ENTRE 0 A 19 ANOS;**
- MARCADORES DE INFLAMAÇÃO ELEVADOS, COMO VHS, PCR OU PROCALCITONINA, ENTRE OUTROS;
- AFASTADAS QUAISQUER OUTRAS CAUSAS DE ORIGEM INFECCIOSA ÓBVIA DE INFLAMAÇÃO, INCLUINDO SEPSE BACTERIANA, SÍNDROMES DE CHOQUE ESTAFILOCÓCICA OU ESTREPTOCÓCICA;
- EVIDÊNCIA DE COVID-19 (BIOLOGIA MOLECULAR, TESTE ANTIGÊNICO OU SOROLÓGICO POSITIVOS) OU HISTÓRIA DE CONTATO COM CASO DE COVID – 19.

OBRIGATÓRIO PRESENÇA DE PELO MENOS DOIS (2) DOS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS:

- CONJUNTIVITE NÃO PURULENTA OU ERUPÇÃO CUTÂNEA BILATERAL OU SINAIS DE INFLAMAÇÃO MUCO-CUTÂNEA (ORAL, MÃOS OU PÉS);
- HIPOTENSÃO ARTERIAL OU CHOQUE;
- MANIFESTAÇÕES DE DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA, PERICARDITE, VALVULITE OU ANORMALIDADES CORONÁRIAS (INCLUINDO ACHADOS DO ECOCARDIOGRAMA OU ELEVAÇÃO DE TROPONINA/NT-PROBNP);
- EVIDÊNCIA DE COAGULOPATIA (POR TP, TTPA, D-DÍMERO ELEVADOS);
- MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS AGUDAS (DIARRÉIA, VÔMITO OU DOR ABDOMINAL).

ATENÇÃO:

- PODEM SER INCLUÍDOS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM **FAIXA ETÁRIA ENTRE 0 A 19 ANOS** QUE PREENCHEREM CRITÉRIOS TOTAIS OU PARCIAIS PARA A SÍNDROME DE KAWASAKI OU CHOQUE TÓXICO, **COM HISTÓRICO DE COVID-19.**

ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO: 1 a 2g/kg/dia via intravenosa em dose única.

APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL: IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G FRASCO

DATA: / / . **ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:** _____



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS

(nome do paciente ou responsável)

nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____,

(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,

inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na

_____,

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável**: _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);