

Data: ___/___/___

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DO EXAME

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: M F RG.: _____
CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____
Endereço: _____
Cidade/UF: _____ Telefone: () _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Renda familiar mensal: R\$ _____ Quantidade de membros na família: _____
A família é assistida por Programa de Transferência de Renda (PTR)? Sim Não
Caso a família seja assistida por PTR, informar qual: _____
Profissão do pai: _____
Profissão da mãe: _____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Suspeita diagnóstica: _____
Idade do início das manifestações clínicas: _____
Resumo do histórico clínico: _____

Doença progressiva? Sim Não
Risco de morte súbita? Sim Não

Resultado dos últimos exames com relevância clínica: _____

Justificativa para realização do exame: _____

SOLICITAÇÃO MÉDICA

Exame(s) solicitado(s): _____
Nome do médico(a): _____
CRM/UF: _____ Telefone do médico(a): _____
E-mail do médico(a): _____
Instituição onde o paciente é assistido: _____

Assinatura do médico(a) solicitante

Audição:

- Surdez pré-lingual/pós-lingual
- Defeito de Mondini/ Aqueduto Vestibular Alargado
- Orelhas pequenas/ Agenesia/ Grandes Proeminentes

Dermatologia

- Albinismo: ocular / oculocutâneo

- Displasia ectodérmica: hidrótica / hipohidrótica
- Epidermólise Bolhosa: Simples / Juncional / Distrófica
- Ictiose: Harlequin / Lamelar / Eritroderma
- Fotossensibilidade / Queloide / Cutis laxa
- Manifestações neurocutâneas

Hematologia / Imunologia:

- Anemia (tipo)

- Distúrbios de coagulação (especificar)

- Infecções recorrentes (especificar)

- Exames imunológicos

- Exames da Medula Óssea

Neurológico:

- Atraso do desenvolvimento: global / motor / fala
- Deficiência intelectual: leve / moderado / grave
- Autismo / Hiperatividade / movimentos estereotipados
- Regressão (idade de início)

- Crises epilépticas (tipo)

- EEG:

- Cefaleias recorrentes / enxaquecas
- Suspeita de EIM

Cardiologia

- Defeitos cardíacos: Defeitos do Septo / Conotruncais / Hipoplasia
- Cardiomiopatia Dilatada / Hipertrofica / Não compactada / Displasia Arritmogênica
- Arritmias: QT Longo/ Síndrome de Brugada / QT Curto / Outras
- Achados no Ecocardiograma

Endócrino:

- Diabetes Mellitus tipo 1/ Tipo 2/ MODY / Hiperlipidemia de início neonatal
- Hipotireoidismo / Doença de Graves
- Hipoparatiroidismo / Pseudohipoparatiroidismo / Hiperparatiroidismo / Feocromocitoma / Paraganglioma / Insuficiência adrenal / Hiperplasia adrenal congênita

Distúrbios do Movimento:

- Ataxia: episódica / progressiva / telangiectasia
- Coreia / Atetose / Discinesia
- Distonia (local, se focal)

Neuroimagem:

- Distúrbios de migração (especificar)

- Calcificações (local)

- Atrofia: cerebral / cerebelar / mesencéfalo
- Hipoplasia: cerebelar / vermis / pontocerebelar / ponte / cistos cerebelares
- Hipomielinização / Desmielinização

- Anormalidades dos gânglios da base / Edema cerebral / AVC / Malformações congênitas: Holoprosencefalia / Agenesia de corpo caloso / Dandy Walker / Hidrocefalia / Estenose do Aqueduto
- Hemorragia intraventricular / Porencefalia / Hidranencefalia

Anomalias do desenvolvimento sexual:

- Cariótipo (especificar)

- Genitália ambígua (especificar)

Gastrointestinal e Hepático:

- Hiperbilirrubinemia: Não conjugada / Conjugada
- Colestase / Hepatite Neonatal
- Insuficiência hepática / Doença hepática crônica / Doença de Wilson
- Pancreatite recorrente / Diarreia crônica
- Achados na biopsia hepática

Nefrologia

- Anomalias renais ou do trato urinário (especificar)

- Hematúria / Tubulopatia renal / Síndrome nefrótica
- Rins císticos: doença renal policística | outros
- Achados da biopsia renal

Neuromuscular e autonômico:

- Hipotonia: central / periférico

- Fraqueza: proximal / distal / ambos / episódico
- Hipertrofia de panturrilhas / escápula alada
- Contraturas: proximal / distal
- Frouidão ligamentar: proximal / distal / luxação
- Espasticidade Automômica

Oftalmologia

- Catarata: congênita / unilateral / bilateral
- Opacificação de córnea / Mancha vermelho cereja
- Coloboma (local)

- Glaucoma / Buftalmo
- Hiper / hipotelorismo / Anel de K-F
- Microftalmia / Anoftalmia
- Nistagmo / Ptose / Oftalmoplegia
- Atrofia óptica / Retinite Pigmentosa
- Resultados do ERG / TC ocular

- Fundoscopia (se disponível, anexar fotografia)

História Perinatal

- Prematuridade / Asfixia neonatal
- Teratógeno (especificar)

- Doença materna (especificar)

- Oligodrâmnio / Polidrâmnio
- Retardo de crescimento intrauterino: simétrico / assimétrico
- Anormalidades ao USG (especificar)
- Microcefalia: Primária / Secundária
- Macrocefalia
- Craniossinostose (satura de fechamento)

- Malformações do crânio

- Encefalopcele – frontal / occipital
- Cabelos: hipopigmentação / prateado
- Cabelos: esparços / alopecia / formação incompleta da pele
- Tricchorrhexis nodosa

Esqueleto / Membros

- Polidactilia pré axial / pós axial: Mãos / Pés
- Sindactilia / Ectrodactilia / Ausência de dedos – Membros superiores / Membros inferiores
- Membros: hipoplasia / ausência hipertrofia
- Anormalidades: metafisária / diafisária / epifisária
- Osteopenia / Fraturas / Osteopetrose
- Alterações na coluna espinhal

ENCAMINHAMENTO

Programa de Isenção Integral / Exame gratuito

A família deverá atender os seguintes critérios:

- 1- Ser assistida por Programa de Transferência de Renda do Governo Federal
- 2- Ter renda familiar mensal de até 1(um) salário mínimo
- 3- Ter suspeita diagnóstico de doença considerada grave, e teste molecular relevante para o diagnóstico

Programa de Isenção Parcial

A família deverá atender os seguintes critérios:

- 1- Ter renda familiar mensal de até 3(três) salários mínimos
- 2- Ter suspeita diagnóstico de doença considerada grave, e teste molecular relevante para o diagnóstico

1. Isenção Integral 2. Isenção Parcial, exame com 30% de desconto

EXCLUSIVO PREENCHIMENTO DA SINGULAR MP

Data do parecer: ____ / ____ / ____

Responsável: _____