

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS**PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 10 DE JANEIRO DE 2018**

Nome do Paciente: _____ Data do atendimento: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

1. Classificar paciente de acordo com a resposta ao tratamento:

- ☐ Tratamento inicial
- ☐ Recidivas frequentes em altas doses/dependência de corticosteroide
- ☐ Síndrome nefrótica resistente ao corticosteroide (**anexar biópsia renal**)
- ☐ Paciente em remissão completa com o uso de corticoides mas apresenta efeitos adversos
- ☐ Paciente em remissão parcial ao uso de corticoides

2. Selecionar, dentre os critérios listados, aqueles que o paciente apresenta:

- ☐ Proteinúria acima de 50 mg/kg/dia ou acima de 40 mg/m² /h ou acima de 3,5 g/24 h/1,73 m² ou índice proteinúria/creatininúria (IPC) acima de 2,0; (**anexar dosagem de proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada**)
- ☐ Albumina sérica abaixo de 2,5 g/dL; (**anexar dosagem de albumina sérica**)
- ☐ Colesterol total igual ou acima de 240 mg/dL ou triglicerídeos igual ou acima 200 mg/dL (**anexar dosagem de colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos**)

3. Informe se o paciente faz ou fez uso recente dos seguintes medicamentos:

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- Sais de ouro
- Penicilamina
- Captopril

☐ Sem uso recente dos medicamentos acima.☐ Uso recente – especificar: _____

4. Critérios Excludentes – Causas Secundárias

- ☐ HBsAg – Negativo
- ☐ Sorologia para toxoplasmose – Negativa
- ☐ Anti-HCV – Negativo
- ☐ Anti-HIV – Negativo
- ☐ Fator antinuclear (FAN) – Negativo

Assinatura e carimbo do médico