

**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 INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIMP) -
IMUNOGLOBULINA HUMANA****NOTA TÉCNICA Nº 1020/2021; NOTA TÉCNICA Nº 7/2021****NOME DO PACIENTE:** _____**PESO em kg** _____ **IDADE:** _____ **SEXO:** M () F () **Data do Atendimento:** ____/____/____**NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL:** _____**SERVIÇO:** _____ **CRM:** _____ **UF** _____**DADOS CLÍNICOS (deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)****Classificação Estatística da Doença CID-10****B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada****Quando começou os primeiros sintomas da doença no paciente?****Especificar:** _____**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:****1. Paciente é criança ou adolescente (de 0 a 19 anos) apresentou febre (mais ou menos por 3 dias)?**

() Sim () Não

2. O paciente apresenta alguma das situações abaixo? Se Sim, qual/ quais?

() Exantema ou conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (orais, mãos ou pés).

() Hipotensão ou choque.

() Características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevações de troponina/próBNP).

() Evidência de coagulopatia (TP, TTPA, D- dímero elevado).

() Problemas gastrointestinais agudos (diarreia, vômito ou dor abdominal).

3. O paciente apresenta algum dos marcadores de inflamação abaixo elevados (anexar exame)?

✓ VHS Resultado: _____

✓ PCR Resultado: _____

✓ Procalcitonina Resultado: _____

4. O paciente apresenta alguma das situações abaixo? () Sim () Não

✓ Nenhuma outra causa de inflamação microbiana.

✓ Incluindo sepse bacteriana;

✓ Síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.

5. Há evidência de?

() COVID-19 (RT-PCR, teste antigênico ou sorologia positiva (incluir resultado do exame).

() Provável contato com pacientes com COVID-19

6. Paciente encontra-se internado? () Sim () Não**Se sim, desde qual data?** _____**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.****Carimbo e assinatura do médico assistente****Atenção: Solicitações de imunoglobulina deferidas através do CEAf não podem ser faturadas via AIH no hospital onde ocorrerá a infusão.**