

**TÍTULO: FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRA DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA** **NÚMERO: DIOM-DECD-FM-0031**

**PROCEDÊNCIA**

Instituição*:	CNES*:	
Endereço*:	Telefone:	
Município*:	GRS:	
Nome do paciente*:	Data de nascimento*:	Idade*:
Responsável pelo envio*:	Data de coleta*:	Telefone*:
Teve contato direto com o triatomíneo* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, informar data do contato: _____		

**DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE**

\*Paciente apresenta sintomas  Sim  Não  
 \*Se sim, informar a data de início dos 1º sintomas: \_\_\_\_\_ Se sim, quais sinais e sintomas:

<input type="checkbox"/> Alteração no ECG	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia avançada	<input type="checkbox"/> Cardiopatia em fase inicial
<input type="checkbox"/> Edema de face / membros	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Febre persistente	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
<input type="checkbox"/> Gastroenteropatias	<input type="checkbox"/> Poliadenopatia	<input type="checkbox"/> Megaesôfago	<input type="checkbox"/> Megacólon
<input type="checkbox"/> Chagoma de inoculação / Sinal de Romanã	<input type="checkbox"/> Sinais de insuficiência cardíaca crônica		
<input type="checkbox"/> Taquicardia persistente / arritmias	<input type="checkbox"/> Outros: _____		

**EXAMES ANTERIORES**

**Sorologia:** Data do exame: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta, IgM	<input type="checkbox"/> Reagente   Título: _____	<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta, IgG	<input type="checkbox"/> Reagente   Título: _____	<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Ensaio Imunoenzimático Indireto (ELISA)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Reação de Hemaglutinação Indireta (HAI)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Reação de Quimioluminescência Indireta (CMIA)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente

**Parasitológico:**  Sim  Não. Se sim, data do exame: \_\_\_\_\_ Resultado:  Positivo  Negativo  
**PCR:**  Sim  Não. Se sim, data do exame: \_\_\_\_\_ Resultado:  Positivo  Negativo

**INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DO PACIENTE**

Marque as opções afirmativas:

- Realizou transfusão sanguínea antes de 1992
- Reside em área com registro de transmissão ativa
- É filho de mãe com doença de Chagas
- Reside ou residiu em área com relato de presença de vetor transmissor
- Reside com parente ou pessoa com suspeita de doença de Chagas Aguda
- Reside com parente ou pessoa que tem o diagnóstico confirmado da doença de Chagas
- Reside ou residiu em habitações onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O HISTÓRICO DO PACIENTE**

\_\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

ATENÇÃO: CAMPOS SINALIZADOS COM \* SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO