

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1427 IMUNOFENOTIPAGEM PARA IMUNODEFICIÊNCIAS

***Todos os dados são imprescindíveis**

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Preencha as questões abaixo com o máximo de detalhes possível. A ausência de informações pode prejudicar a realização do exame.

O exame de imunofenotipagem para investigação de imunodeficiências é um exame de caráter funcional, realizado com células vivas do sangue periférico, que são submetidas a diferentes testes em laboratório. Por se tratar de um exame sensível, diversos fatores externos — que estão fora do controle do laboratório — podem interferir de maneira relevante nos resultados e no processamento da amostra.

Alguns desses fatores podem ser: genéticos, medicamentos, hábitos comportamentais, condições no momento da coleta, entre outros.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Suspeita Diagnóstica:

Descreva resumidamente os principais sintomas clínicos e doenças associadas:

HIV: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não pesquisado

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

- ☐ Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco e o diagnóstico: _____
- ☐ Não

HISTÓRICO MEDICAMENTOSO:

Está em reposição de imunoglobulina intravenosa ou subcutânea? ☐ Sim ☐ Não

Está em uso de algum imunobiológico? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não

Já usou anti-CD20 (rituximabe, Mabthera®, etc)? ☐ Sim. Quando foi a última dose? _____ ☐ Não

Descrever as medicações em uso atualmente:

INFORMAÇÕES VACINAIS:

Já realizou uma ou mais das vacinas abaixo?

☐ BCG (Vacina para tuberculose)

Apresentou BCGite (infecção causada pela vacina)? ☐ Sim ☐ Não

☐ Anti-tetânica (pode estar contida na vacina tríplice ou dupla bacteriana)

☐ Anti-pneumocócica (vacina contra pneumonia). Qual (10, 13 ou 23 sorotipos)?

☐ Vacina de vírus vivo (circular qual já usou): febre amarela, sarampo/rubéola/caxumba (separadas ou na forma de tríplice viral), poliomielite (em gotas ou Sabin), rotavírus, varicela ou herpes-zoster.

Complicação após alguma dessas vacinas? ☐ Sim. Qual complicação? _____ ☐ Não

INFORMAÇÕES INFECCIOSAS:

☐ Nada digno de nota ou nenhuma opção descrita a seguir (marque esta se não souber nenhuma resposta)

☐ Pneumonia número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Já necessitou de internação ou antibiótico endovenoso para tratamento? ☐ Sim ☐ Não

☐ Outras infecções: _____ número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

☐ Outras infecções: _____ número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

INFORMAÇÕES DE AUTOIMUNIDADE:

Possui alguma doença autoimune DIAGNOSTICADA ou EM TRATAMENTO?

☐ Nada digno de nota (marque esta se não souber a resposta)

☐ Sim. Qual(is)? _____

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento e as informações relatadas são verídicas. Autorizo a realização do exame:

Paciente ou Responsável

Data