



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis
Tel. (061) 3213-8150/ 8175

Ficha de Dispensação de Benzonidazol para portadores de doença de Chagas

Número da ficha: _____ Data da solicitação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo do paciente: _____

Nome completo da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F Peso: _____ kg Telefone () _____ Celular () _____

Nº do cartão SUS : _____ Município de residência: _____ UF: _____

Endereço de residência: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Provável data da infecção ____/____/____ OU () Não sabe informar

Resultados laboratoriais:

Parasitológico direto () 1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizado

Sorologias IgG:

- ELISA: () 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado
- IFI (Imunofluorescência indireta): () 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado
- HAI (Hemaglutinação): () 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado

Sorologias IgM:

- IFI (Imunofluorescência indireta): () 1. Reagente (título \geq 1:40) 2. Não reagente 3. Não realizado

INDICAÇÃO DO TRATAMENTO:

() Doença de Chagas aguda (não congênita). Informar nº Sinan: _____

() Doença de Chagas aguda congênita. Informar nº Sinan: _____

() Doença de Chagas crônica da forma indeterminada.

() Doença de Chagas crônica da forma cardíaca ou digestiva leve.

() Reativação da doença de Chagas

() Acidente com material biológico

() Outro. Especificar: _____

PRESCRIÇÃO

Dose diária total em mg _____ Nº de dias de tratamento: _____

Número de comprimidos de 100 mg dispensados _____ Número de comprimidos de 12,5 mg dispensados _____

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome do estabelecimento de saúde: _____ Tel.: () _____

Nome legível do médico solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura do médico com carimbo: _____