

## O QUE É LÂMINA DE VERIFICAÇÃO DE CURA?

Este cartão é para o acompanhamento do seu tratamento de malária. Ele contém informações importantes que serão úteis para os profissionais de saúde analisarem a sua resposta ao tratamento.

Mesmo com o uso correto da medicação, é possível ocorrer recidiva da malária (com ou sem sintomas). Para que esta possibilidade seja identificada em tempo oportuno, é de extrema importância a realização das Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

As coletas de sangue, em datas específicas durante e após o tratamento, fazem parte do seu controle de cura e são fundamentais para o sucesso do tratamento. Portanto, não deixe de fazê-las.

Se você estiver fora do seu município, apresente este cartão em algum serviço de saúde e peça orientação sobre onde realizar as coletas para o controle de cura.

## CONTROLE DE LÂMINAS DE VERIFICAÇÃO DE CURA (LVC)

| LVC | DATA | RESULTADO |
|-----|------|-----------|
| 3   |      |           |
| 7   |      |           |
| 14  |      |           |
| 21  |      |           |
| 28  |      |           |
| 42  |      |           |
| 63  |      |           |

**Guarde este cartão de acompanhamento mesmo após o término do tratamento e do controle de cura.**

## CARTÃO PARA O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE MALÁRIA

### IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

### UNIDADE NOTIFICADORA

UNIDADE DE SAÚDE/ HOSPITAL/ LABORATÓRIO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

LEVE ESSE CARTÃO SEMPRE COM VOCÊ



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

PESO: \_\_\_\_\_ Kg

### HISTÓRICO CLÍNICO PREGRESSO

- Já teve malária antes?  SIM  NÃO
- Quando foi a última malária? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Qual o medicamento utilizado? \_\_\_\_\_
- Local provável de infecção (LPI): \_\_\_\_\_
- Qual foi a espécie parasitária tratada? \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Teste rápido (TRD):  Não realizado  (-)  (+) \_\_\_\_\_
- Gota espessa/esfregaço:  Não realizado  (-)  (+) \_\_\_\_\_
- Parasitemia: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>
  - G6PD: \_\_\_\_\_ UI/gHB
- Nº de cruzes: \_\_\_\_\_
  - Hemoglobina (Hb): \_\_\_\_\_ g/dL
- Espécie parasitária:
  - Plasmodium falciparum*  *Plasmodium malarie*
  - Plasmodium vivax*  *Plasmodium ovale*

TRATAMENTO INICIADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Esquema prescrito: \_\_\_\_\_
- Em caso de medicamento injetável:
  - Dose prescrita: \_\_\_\_\_
  - Nº ampolas: \_\_\_\_\_
- Nº dias de tratamento com medicação injetável: \_\_\_\_\_

### RECOMENDAÇÕES

Malária mata. Portanto, o uso correto da medicação é fundamental para EVITAR as recidivas e a evolução para as formas graves da doença:

- **Não tomar a medicação em jejum;**
- Tomar a **medicação** preferencialmente **logo após uma refeição;**
- **Não interromper o tratamento** mesmo havendo melhora dos sintomas.

### ESQUEMA DE TRATAMENTO ORAL

| Dia | Cloroquina | Primaquina | Artesunato + Mefloquina | Artemeter + Lumefantrina | Tafenoquina |
|-----|------------|------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| 1   | ○○○○       | ○○○○       | ○○                      | ○○○○ ○○○○                | ○○          |
| 2   | ○○○        | ○○○○       | ○○                      | ○○○○ ○○○○                |             |
| 3   | ○○○        | ○○○○       | ○○                      | ○○○○ ○○○○                |             |
| 4   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 5   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 6   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 7   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 8   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 9   |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 10  |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 11  |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 12  |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 13  |            | ○○○○       |                         |                          |             |
| 14  |            | ○○○○       |                         |                          |             |