

## 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

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

### HISTÓRICO CLÍNICO

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

### DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Teste rápido (TRD): [ ] não realizado [ ] (-) [ ] (+) \_\_\_\_\_
- Gota espessa/esfregaço: [ ] não realizado [ ] (-) [ ] (+) \_\_\_\_\_
- Parasitemia: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>
- Nº de cruzes: \_\_\_\_\_
- Espécie parasitária:
  - Plasmodium falciparum* [ ]     *Plasmodium malarie* [ ]
  - Plasmodium vivax* [ ]     *Plasmodium ovale* [ ]

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

- Esquema prescrito: \_\_\_\_\_
- Em caso de medicamento injetável:
  - Dose prescrita: \_\_\_\_\_     Nº ampolas: \_\_\_\_\_
- Horário de administração:
  - Manhã \_\_\_\_\_     Tarde \_\_\_\_\_     Noite \_\_\_\_\_

### RECOMENDAÇÕES

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
1	○○○○	○○○○	○○	○○○○ ○○○○
2	○○○	○○○○	○○	○○○○ ○○○○
3	○○○	○○○○	○○	○○○○ ○○○○
4		○○○○		
5		○○○○		
6		○○○○		
7		○○○○		
8		○○○○		
9		○○○○		
10		○○○○		
11		○○○○		
12		○○○○		
13		○○○○		
14		○○○○		