Singular
MEDICINA DE PRECISÃO

Singular Para todos

Data:____/____/_____

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DO EXAME

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M ◯ F ◯ RG.: _____

CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____

Endereço: _____

Cidade/UF: _____ Telefone: ( ) _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Renda familiar mensal: R$_____ Quantidade de membros na família: _____

A família é assistida por Programa de Transferência de Renda (PTR)? Sim ◯ Não ◯

Caso a família seja assistida por PTR, informar qual: _____

Profissão do pai: _____

Profissão da mãe: _____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Suspeita diagnóstica: _____

Idade do início das manifestações clínicas: _____

Resumo do histórico clínico: _____

_____

_____

_____

_____

Doença progressiva? Sim ◯ Não ◯

Risco de morte súbita? Sim ◯ Não ◯

Resultado dos últimos exames com relevância clínica: _____

_____

_____

_____

_____

Justificativa para realização do exame: _____

_____

_____

SOLICITAÇÃO MÉDICA

Exame(s) solicitado(s): _____

Nome do médico(a): _____

CRM/UF: _____ Telefone do médico(a): _____

E-mail do médico(a): _____

Instituição onde o paciente é assistido: _____

_____

Assinatura do médico(a) solicitante

Informações Médicas

Por favor, selecionar os sintomas clínicos relevantes

Audição:

- Surdez pré-lingual/pós-lingual
- Defeito de Mondini/ Aqueduto Vestibular Alargado
- Orelhas pequenas/ Agenesia/ Grandes Proeminentes

Dermatologia

- Albinismo: ocular / oculocutâneo
- Displasia ectodérmica: hidrótica / hipohidrótica
- Epidermólise Bolhosa: Simples / Juncional / Distrófica
- Ictiose: Harlequin / Lamelar / Eritroderma
- Fotossensibilidade / Queloide / Cutis laxa
- Manifestações neurocutâneas

Hematologia / Imunologia:

- Anemia (tipo)
- Distúrbios de coagulação (especificar)
- Infecções recorrentes (especificar)
- Exames imunológicos
- Exames da Medula Óssea

Neurológico:

- Atraso do desenvolvimento: global / motor / fala
- Deficiência intelectual: leve / moderado / grave
- Autismo / Hiperatividade / movimentos estereotipados
- Regressão (idade de início)
- Crises epilépticas (tipo)
- EEG:
- Cefaleias recorrentes / enxaquecas
- Suspeita de EIM

Cardiologia

- Defeitos cardíacos: Defeitos do Septo / Conotruncais / Hipoplasia
- Cardiomiopatia Dilatada / Hipertrófica / Não compactada / Displasia Arritmogênica
- Arritmias: QT Longo/ Síndrome de Brugada / QT Curto / Outras
- Achados no Ecocardiograma

Endócrino:

- Diabetes Mellitus tipo 1 / Tipo 2 / MODY / Hiperlipidemia de início neonatal
- Hipotireoidismo / Doença de Graves
- Hipoparatireoidismo / Pseudohipoparatireoidismo / Hiperparatireoidismo / Feocromocitoma / Paraganglioma / Insuficiência adrenal / Hiperplasia adrenal congênita

Distúrbios do Movimento:

- Ataxia: episódica / progressiva / telangiectasia
- Coreia / Atetose / Discinesia
- Distonia (local, se focal)

Neuroimagem:

- Distúrbios de migração (especificar)
- Calcificações (local)
- Atrofia: cerebral / cerebelar / mesencéfalo
- Hipoplasia: cerebelar / vermis / pontocerebelar / ponte / cistos cerebelares
- Hipomielinização / Desmielinização
- Anormalidades dos gânglios da base / Edema cerebral / AVC / Malformações congênitas: Holoprosencefalia / Agenesia de corpo caloso / Dandy Walker / Hidrocefalia / Estenose do Aqueduto
- Hemorragia intraventricular / Porencefalia / Hidranencefalia

Anomalias do desenvolvimento sexual:

- Cariótipo (especificar)
- Genitália ambígua (especificar)

Gastrointestinal e Hepático:

- Hiperbilirrubinemia: Não conjugada / Conjugada
- Colestase / Hepatite Neonatal
- Insuficiência hepatica / Doença hepatica crônica / Doença de Wilson
- Pancreatite recorrente / Diarreia crônica
- Achados na biopsia hepática

Nefrologia

- Anomalias renais ou do trato urinário (especificar)
- Hematúria / Tubulopatia renal / Síndrome nefrótica
- Rins císticos: doença renal policística | outros
- Achados da biopsia renal

Neuromuscular e autonômico:

- Hipotonia: central / periférico
- Fraqueza: proximal / distal / ambos / episódico
- Hipertrofia de panturrilhas / escápula alada
- Contraturas: proximal / distal
- Frouxidão ligamentar: proximal / distal / luxação
- Espasticidade Automômica

Oftalmologia

- ○ Catarata: congênita / unilateral / bilateral
- ○ Opacificação de córnea / Mancha vermelho cereja
- ○ Coloboma (local)

_____

- ○ Glaucoma / Buftalmo
- ○ Hiper / hipotelorismo / Anel de K-F
- ○ Microftalmia / Anoftalmia
- ○ Nistagmo / Ptose / Oftalmoplegia
- ○ Atrofia óptica / Retinite Pigmentosa
- ○ Resultados do ERG / TC ocular

_____

- ○ Fundoscopia (se disponível, anexar fotografia)

_____

História Perinatal

- ○ Prematuridade / Asfixia neonatal
- ○ Teratógeno (especificar)

_____

- ○ Doença materna (especificar)

_____

- ○ Oligodrâmnio / Polidrâmnio
- ○ Retardo de crescimento intrauterino: simétrico / assimétrico
- ○ Anormalidades ao USG (especificar)
- ○ Microcefalia: Primária / Secundária
- ○ Macrocefalia
- ○ Craniossinostose (satura de fechamento)

_____

- ○ Malformações do crânio

_____

- ○ Encefalopcele – frontal / occipital
- ○ Cabelos: hipopgmentação / prateado
- ○ Cabelos: esparços / alopecia / formação incompleta da pele
- ○ Tricchorrhexis nodosa

Esqueleto / Membros

- ○ Polidactilia pré axial / pós axial: Mãos / Pés
- ○ Sindactilia / Ectrodactilia / Ausência de dedos – Membros superiores / Membros inferiores
- ○ Membros: hipoplasia / ausência hipertrofia
- ○ Anormalidades: metafisária / diafisária / epifisária
- ○ Osteopenia / Fraturas / Osteopetrose
- ○ Alterações na coluna espinhal

ENCAMINHAMENTO

Programa de Isenção Integral / Exame gratuito

A família deverá atender os seguintes critérios:

1- Ser assistida por Programa de Transferência de Renda do Governo Federal

2- Ter renda familiar mensal de até 1(um) salário mínimo

3- Ter suspeita diagnóstico de doença considerada grave, e teste molecular relevante para o diagnóstico

Programa de Isenção Parcial

A família deverá atender os seguintes critérios:

1- Ter renda familiar mensal de até 3(três) salários mínimos

2- Ter suspeita diagnóstico de doença considerada grave, e teste molecular relevante para o diagnóstico

1. Isenção Integral ○ 2. Isenção Parcial, exame com 30% de desconto ○

EXCLUSIVO PREENCHIMENTO DA SINGULAR MP

Data do parecer:_____

Responsável:_____