



LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM MICOSES SISTÊMICAS

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

I – INFORMAÇÕES DA UNIDADE SOLICITANTE		Nº de registro no GAL:	
Unidade/Instituição:		Município:	UF:
Endereço:		Tel: ()	e-mail:
II – INFORMAÇÕES DO PACIENTE		Nº de prontuário:	Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome completo:		Nome da mãe:	
Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Data de nascimento: / /	Idade:	Naturalidade:
Endereço:		Município:	UF:
Ocupação/Profissão:		Tipo de residência: Urbano <input type="checkbox"/> Peri-urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
III – INFORMAÇÕES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS		Data do início dos sintomas: / /	
Suspeita diagnóstica:		Paracoccidiodomicose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Aspergilose <input type="checkbox"/> Coccidiodomicose <input type="checkbox"/> Criptococose <input type="checkbox"/>	
Lesão pulmonar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, localização: Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>		
	Tipo: Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> Nodular <input type="checkbox"/> Micronodular <input type="checkbox"/> Cavitário <input type="checkbox"/>		
Fatores associados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Qual órgão? _____		
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual fator? _____		
Uso de antifúngicos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fluconazol <input type="checkbox"/> Itraconazol <input type="checkbox"/> Voriconazol <input type="checkbox"/> Caspofungina <input type="checkbox"/> Anidulafungina <input type="checkbox"/>		
	AnfoB desoxicolato <input type="checkbox"/> AnfoB formulações lipídicas <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____		
Fonte suspeita /atividade de risco:	Lavrador <input type="checkbox"/> Caverna <input type="checkbox"/> Toca de tatu <input type="checkbox"/> Excreta de morcego <input type="checkbox"/>		
	Excreta de aves <input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____		
IV – EXAMES SOLICITADOS			
Exame solicitado	Material enviado*	Amostra (1ª, 2ª, 3ª, única)	Data da coleta
Sorologia (ID) para Paracoccidiodomicose	soro		/ /
Sorologia (ID) para Histoplasmose	soro		/ /
Sorologia (ID) para Aspergilose	soro		/ /
Sorologia (ID) para Coccidiodomicose	soro		/ /
Exame micológico*			/ /

*Exame micológico: escarro, LCR, urina, sangue, tecido (descrever o material da biópsia. Ex: fígado) e outro (informar qual material).

Recomendações:

- 1 – Sorologia imunodifusão dupla (ID) para Coccidiodomicose é somente nos casos de pacientes oriundos ou de passagem em áreas endêmicas (regiões semi-áridas do continente americano; no Brasil inclui o semi-árido nordestino – PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA – e centro-sul do MA).
- 2 – No caso de Histoplasmose ou Coccidiodomicose pulmonar aguda, uma segunda amostra de soro deverá ser coletada 3 a 4 semanas após a primeira.
- 3 – Em imunodeprimidos e formas disseminadas graves a imunodifusão para detecção de anticorpos de micoses é de baixo rendimento, o resultado negativo não afasta o diagnóstico. Melhor rendimento é obtido através do exame micológico das amostras.

Contatos:

Laboratório de Referência Nacional em Micoses Sistêmicas: Coordenação Dr. Bodo Wanke tel: (21)3865-9537 e-mail: bodo.wanke@ipecc.fiocruz.br
 Laboratório de Micologia: Dra. Márcia Lazera tel: (21)3865-9537 e-mail: marcia.lazera@ipecc.fiocruz.br / Setor Imunodiagnóstico: Rosely Zancopé, Cláudia Pizzini e Mauro Muniz tel: (21)3865-9640 / Setor Diagnóstico micológico: Rodrigo Almeida Paes e Maria Helena Galdino tel: (21)3865-9642 / Secretaria: Carla tel: (21) 3865-9516
 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)/FIOCRUZ: tel: (21)3865-9115 e-mail: cievs@fiocruz.br

Nome do solicitante/Carimbo: _____ Conselho Profissional/nº: _____