

|                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Ambulatório de Pesquisas</b><br/>Ambulatório de Pesquisas Germaine Gerhardt</p> | <p><b>SOLICITAÇÃO DE<br/>AGENDAMENTO DE<br/>CONSULTA</b></p> |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ENVIE ESTE FORMULÁRIO TOTALMENTE PREENCHIDO**

**Dados da instituição de saúde** (unidade que encaminha o paciente)

|               |                                         |
|---------------|-----------------------------------------|
| Nome:         |                                         |
| Município/UF: | CAP<br>(se município do Rio de Janeiro) |
| Telefones:    |                                         |

**Dados do paciente**

|                               |            |      |
|-------------------------------|------------|------|
| Nome:                         |            |      |
| Nome da mãe:                  |            |      |
| Data de nascimento:    /    / | CPF:       | CNS: |
| Endereço:                     |            |      |
| Bairro:                       | Município: | UF:  |
| CEP:                          | Telefones: |      |

**Motivo do encaminhamento:**

- ( ) tuberculose resistente (teste de sensibilidade ou dois TRM resistentes)
- ( ) avaliação de falência terapêutica
- ( ) micobacteriose não TB (pelo menos duas culturas positivas + identificação)

**Data do início do tratamento vigente:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esquema que está utilizando: \_\_\_\_\_

**Resultados de exames bacteriológicos:**

Resultados de Exames Bacteriológicos:

| Exames                               | Resultados |   |   |   |   |    |    |    |    |     |     | Data |
|--------------------------------------|------------|---|---|---|---|----|----|----|----|-----|-----|------|
| Baciloscopia                         |            |   |   |   |   |    |    |    |    |     |     |      |
| Cultura                              |            |   |   |   |   |    |    |    |    |     |     |      |
| TS (marque X nas drogas resistentes) | R          | H | Z | E | S | Et | Am | Km | Cm | Ofx | Lfx |      |

**História terapêutica para tuberculose:**

| Mês/ano do início do tratamento | Medicamentos utilizados (marcar "X") |   |   |   |    |   |    |     |     |     |     |        | Resultado do tratamento |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|----|---|----|-----|-----|-----|-----|--------|-------------------------|
|                                 | R                                    | H | Z | E | Et | S | Am | Ofx | Lfx | Trd | Cfx | outros |                         |
|                                 |                                      |   |   |   |    |   |    |     |     |     |     |        |                         |
|                                 |                                      |   |   |   |    |   |    |     |     |     |     |        |                         |
|                                 |                                      |   |   |   |    |   |    |     |     |     |     |        |                         |

|                                          |                       |                       |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>CÓDIGO:<br/>CRPHF-APGG-GQA-FORM29</p> | <p>REVISÃO<br/>02</p> | <p>PÁGINA<br/>1/3</p> |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|

|                                                                                                                                                                        |                                                              |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Ambulatório de Pesquisas</b><br/>Ambulatório de Pesquisas Germano Gerhardt</p> | <p><b>SOLICITAÇÃO DE<br/>AGENDAMENTO DE<br/>CONSULTA</b></p> |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Informações complementares**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Unidade de saúde que realizará o TDO:**

|                         |
|-------------------------|
| Nome:                   |
| Enfermeiro responsável: |
| Telefones:              |

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>O usuário possui cartão de transporte para fins de tratamento?</b><br/>( ) sim ( ) não → Favor providenciar.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Dados do responsável pelo preenchimento**

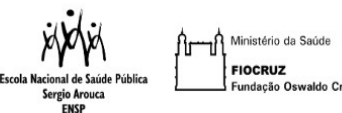
|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome:                   |                          |
| Categoria profissional: |                          |
| Telefone:               | Celular:                 |
| E-mail:                 |                          |
| Carimbo e assinatura:   | Data: ____ / ____ / ____ |

**Observações:**

1- **Não encaminhar pacientes sem agendamento prévio.** Para agendar a consulta, envie este formulário totalmente preenchido e os resultados dos exames para o e-mail [ambulatorio.crphf@fiocruz.br](mailto:ambulatorio.crphf@fiocruz.br). Dúvidas entre em contato com os seguintes telefones: (21) 2448-6816 / (21) 2448-6817

2- Para a primeira consulta, o paciente deverá trazer **documento de identificação com foto, CPF, comprovante de residência, foto 3x4 e CNS (cartão ou número)** e os seguintes resultados dos exames complementares: baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade, radiografia atual, teste para HIV e outros. Encaminhar os resultados em anexo a este formulário.

|                                           |                       |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>CÓDIGO:<br/>CRPHF-APGG-GQA-FORM-29</p> | <p>REVISÃO<br/>02</p> | <p>PÁGINA<br/>2/3</p> |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|

|                                                                                                                                                                        |                                                              |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Ambulatório de Pesquisas</b><br/>Ambulatório de Pesquisas Germano Gerhardt</p> | <p><b>SOLICITAÇÃO DE<br/>AGENDAMENTO DE<br/>CONSULTA</b></p> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

3- Solicitamos que o paciente venha com **acompanhante**.

4- **Não encaminhar pacientes com risco de morte ou para procedimentos cirúrgicos.** Esses casos deverão ser encaminhados aos hospitais com emergência ou para hospitais especializados, com o devido contato prévio. **Não dispomos de emergência, leitos para repouso ou internação nem equipe cirúrgica.**

|                                           |                       |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>CÓDIGO:<br/>CRPHF-APGG-GQA-FORM-29</p> | <p>REVISÃO<br/>02</p> | <p>PÁGINA<br/>3/3</p> |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|