FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DA SÍNDROME DE TROMBOSE COM TROMBOCITOPENIA (TTS) – ANTI-PF4 E PROVAS FUNCIONAIS

Identificação

Nome completo*:

Número da notificação (e-SUS notifica EAPV)
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF*:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - |__|__|

Cartão SUS (CNS) ou Passaporte:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sexo*
( ) Feminino ( ) Masculino

Data de nascimento*: ___/___/___
Idade: _____ anos

Gestante?
( ) Sim ( ) Não

Naturalidade: _____
Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Estrangeira: _____

Raça/cor
Branca ( ) Preta ( ) Parda ( )
Amarela( ) Indígena ( )

Município de residência/UF*:

Telefone*:

E-mail:

Município de notificação/UF*:

E-mail institucional do município notificador:

Dados da notificação

Imunobiológico (vacina)*: _____ **Data de aplicação*:** ___/___/___
Dose: ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) 3ª dose ( ) dose única

Instituição de origem
( ) Consultório / ambulatório
( ) Hospital: _____
( ) UBS / UPA: _____

Uso prévio de heparina?
( ) Sim ( ) Não Qual tipo? _____
Data da última aplicação: ___/___/___
Tempo de uso: _____

Antecedentes
Trombose prévia: ( ) Sim ( ) Não Data: ___/___/___ Topografia: _____
Tabagismo: ( ) Atual ( ) Prévio ( ) Não
História de infecção por Covid-19: ( ) Sim ( ) Não Data do PCR ou antígeno ___/___/___
História de câncer: ( ) Sim ( ) Não Ano do diagnóstico:_____
Outra doença crônica
_____( ) Não possui
Uso de medicações regulares?
_____( ) Não

Trombose atual*: ( ) Sim ( ) Não Data: ___/___/___ Topografia: _____
Tratamento para TTS iniciado antes da coleta da amostra? ( ) Sim ( ) Não
Qual (is)? _____Data ___/___/___ a ___/___/___
Breve resumo da doença atual:

Contagem de plaquetas
_____ Data: ___/___/___
_____ Data: ___/___/___

Valor do D-dímero
_____ Data: ___/___/___
_____ Data: ___/___/___

PTT (rel):
_____ Data: ___/___/___

TAP/ INR
_____ Data ___/___/___

Fibrinogênio
_____ Data: ___/___/___

Médico responsável*

CRM/UF

Telefone do médico responsável*

E-mail do médico responsável*

Coleta

Data da coleta da amostra*: ___/___/___

Número de frascos:

Obs.:

Data de envio ao LACEN:___/___/___

Data de envio ao Hemorio: ___/___/___

*Campos obrigatórios, na ausência de CPF preencher CNS ou passaporte. Obs.: Este formulário será utilizado para solicitação da realização da investigação laboratorial dos casos suspeitos da síndrome de trombose com trombocitopenia a serem realizados no Hemorio. Seu preenchimento deverá ser realizado em paralelo à notificação do caso no e-SUS notifica (https://notifica.saude.gov.br/). A aba "Coleta" será de preenchimento pelos responsáveis pela coleta, envio ao Lacen e envio ao Hemorio (Projeto Colaborativo TTS Ministério da Saúde/Fiocruz/Hemorio).