



INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DOENÇA DE CHAGAS

O presente formulário está cadastrado no FormSUS para preenchimento das regionais de saúde na solicitação do medicamento para tratamento específico da doença de Chagas. O arquivo contendo o questionário em PDF deve ser preenchido pelo município solicitante, digitalizado e encaminhado à regional, junto com a documentação do paciente (receita médica, exames laboratoriais de diagnóstico para DC e cópia do documento de identificação).

* Campos de preenchimento obrigatório

| |
|--|
| Notificação SINAN Nº: Nesse campo, preencher o número da notificação, se for caso agudo. As notificações dos casos crônicos serão obrigatórias a partir do momento que o Ministério disponibilizar as orientações para realizar essa notificação. O GT Chagas/CODTV/DIVEP fará ampla divulgação da notificação dos casos crônicos, quando estiver disponível. |
| Data da solicitação: * Data que está realizando essa solicitação à regional. |
| Forma clínica: * Selecionar um dos campos correspondente à forma clínica da doença. |
| Informe o CID da doença: * Selecionar uma das opções abaixo: CID 10 - B57.0 Forma aguda da doença de Chagas, com comprometimento cardíaco CID 10 - B57.1 Forma aguda da doença de Chagas, sem comprometimento cardíaco CID 10 - B57.2 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento cardíaco CID 10 - B57.3 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do aparelho digestivo CID 10 - B57.4 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do sistema nervoso CID 10 - B57.5 Doença de Chagas (crônica) com comprometimento de outros órgãos CID 10 - K23.1 Megaesôfago na doença de Chagas CID 10 - K93.1 Megacólon na doença de Chagas |
| Estabelecimento solicitante: * Nome do Estabelecimento. |
| Médico solicitante: * Nome do médico solicitante. |
| CRM: * Número do CRM do médico solicitante. |
| Nome do paciente: * Nome completo do paciente. |
| Anexar documento de identificação. * Deve anexar cópia do documento de identificação do paciente (RG, Carteira de motorista, etc). |
| Data de nascimento: * Data de nascimento do paciente. |
| Nome da mãe do paciente: Informar o nome completo da mãe do paciente. |



| |
|---|
| Peso do paciente (em kg): * Preencher o peso do paciente em kg. |
| Data dos primeiros sintomas (só para casos sintomáticos): Se sintomático, nos casos agudos, informar a data dos primeiros sintomas. Caso contrário, não preencher. |
| Ocupação: * Informar a profissão/ocupação do paciente. |
| Paciente já realizou tratamento específico prévio da doença? * Responder sim ou não. |
| Em caso positivo, por que o paciente precisa retratar? Anexar relatório médico informando o motivo do retratamento. |
| Exames realizados: * Informar se realizou exames sorológicos e/ou parasitológicos diretos. Anexar os exames laboratoriais realizados para diagnóstico para doença de Chagas. |
| Raça-cor: * Informar a raça-cor do paciente e selecionar quem foi o respondente dessa questão. |
| Anexar a receita do paciente. * Inserir cópia da receita médica do paciente. |
| Medicamento solicitado: * A 1ª opção de escolha é o Benznidazol. Em alguns casos específicos, existe a alternativa do Nifurtimox, no caso de intolerância ou que não respondam ao tratamento com o Benznidazol. Maiores informações, ver Nota Técnica nº 04/2020 Divep/Lacen/Dasf/Suvisa/Sesab (link de acesso: _____). |
| Quantidade: * Informar o número de comprimidos solicitado na receita médica. |
| <u>Informações do preenchimento</u> – Essas informações são muito importantes, pois caso seja necessária revisão da receita ou existir alguma dúvida para que seja realizada a dispensação do medicamento, os encaminhamentos necessários serão dados com brevidade pela área técnica da Divep. Esses campos são de preenchimento obrigatório, a saber: Nome do responsável pelo preenchimento, telefone e e-mail. |

Orientação exclusiva para as Regionais no preenchimento do FormSUS:

Para acessar, copie e cole o endereço abaixo no seu navegador:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=56822

OBS: NÃO é necessária a utilização de senha. Após finalizado o preenchimento do questionário, clique em GRAVAR com o mouse, conforme seta abaixo. **Importante!** Verifique o correto preenchimento de todos os campos antes de gravar



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)