

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DOENÇA DE CHAGAS**

Segue **Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamento específico para tratamento da doença de Chagas.**

Solicitamos que todos os campos sejam preenchidos e enviem simultaneamente ao e-mail do GT Chagas [divep.chagas@saude.ba.gov.br](mailto:divep.chagas@saude.ba.gov.br) os seguintes documentos do paciente:

1. Receita médica
2. Exames laboratoriais diagnóstico
3. RG do paciente

**Notificação SINAN Nº:****Data da solicitação:****Forma Clínica:**

- Doença de Chagas aguda  
 Doença de Chagas crônica

**Informe o CID da doença:**

- 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:****Médico solicitante:****CRM:****Nome do paciente:**

**Anexar documento de identificação.**

**Data de Nascimento:****Peso do paciente (em kg):****Data dos primeiros sintomas (só para casos sintomáticos):****Ocupação:**

**Em caso positivo, por que o paciente precisa retratar? :**  
Atenção! Anexar relatório médico informando o motivo do retratamento.

**Em caso positivo, por que o paciente precisa retratar?****Exames realizados:**

- Sorológico  
 Parasitológico direto

**Anexar os exames laboratoriais realizados para diagnóstico para doença de Chagas.**

**Raça-cor:**

- Branca  
 Preta  
 Parda  
 Indígena  
 Amarela  
 Ignorado

**Pessoa respondente quesito raça-cor:**

- Paciente  
 Mãe do paciente  
 Responsável  
 Médico

**Anexar a receita médica do paciente.**

**Medicamento solicitado:**

**Quantidade (nº de comprimidos):**

**Informações do preenchimento**

Esse campo deve ser preenchido pela pessoa que respondeu ao FORMSUS

---

**Nome do responsável:**

**Telefone:**

Informe ddd e número - apenas números

**E-mail para contato:**

Se possível, informe o e-mail institucional; Ex: tertuliano.paiva@saude.gov.br