



**FORMULÁRIO DE ACESSO À IMUNOGLOBULINA Síndrome Inflamatória Multissistêmica  
Pediátrica (SIM-P)  
Nota informativa Nº 17/2020- SE/GAB/SE/MS**

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PESO em kg** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** M ( ) F ( ) **Data do Atendimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**SERVIÇO:** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_ **UF** \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS (Deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)**

**Classificação Estatística da Doença CID-10**

**B34.2 –Infecção por coronavírus de localização não especificada**

**Quando começou os primeiros sintomas da doença no paciente?**

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Critérios de inclusão:**

**1. Paciente é Crianças ou adolescentes (de 0 a 19 anos) apresentou febre (mais ou menos por três dias)? ( ) SIM ( ) NÃO**

**2. O paciente apresenta alguma das situações abaixo? Se Sim, qual/ quais?**

- ( ) Exantema ou conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (orais, mãos ou pés).
- ( ) Hipotensão ou choque.
- ( ) Características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevações de troponina/próBNP).
- ( ) Evidência de coagulopatia (TP, TTPA, D- dímero elevado).
- ( ) Problemas gastrointestinais agudos (diarreia, vômito ou dor abdominal).

**3. O paciente apresenta algum dos marcadores de inflamação elevados como:**

- ✓ VHS Resultado: \_\_\_\_\_
- ✓ PCR Resultado: \_\_\_\_\_
- ✓ Procalcitonina Resultado: \_\_\_\_\_

**4.O Paciente apresenta alguma das situações abaixo? ( ) Sim ( ) NÃO**

- ✓ E nenhuma outra causa de inflamação microbiana,
- ✓ incluindo sepse bacteriana;
- ✓ síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.

**5.Há evidência de:**

- ( ) COVID-19 (RT-PCR, teste antigênico ou sorologia positiva ( incluir resultado do exame)
- ( ) Provável contato com pacientes com COVID-19

**6. Paciente encontra-se internado? ( ) SIM ( ) NÃO**

**Se sim, desde qual data?** \_\_\_\_\_

**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.**

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do médico assistente**

**Atenção: Solicitações de imunoglobulina deferidas através do CEAF não podem ser faturadas via AIH no hospital onde ocorrerá a infusão.**