

## FORMULÁRIO DE ACESSO - COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

Nome do Paciente: _____	Data: ___/___/___
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

**1. Qual ou quais dos critérios diagnósticos de Colangite Biliar Primária o (a) paciente apresenta? Assinalar com um X.**

- Elevação de enzimas colestáticas, especialmente da FA e Gama-glutamiltransferase (GGT) (**anexar exames laboratoriais comprobatórios**);
- Presença de Anticorpos Antimitocondriais (AAM) **ou** Anticorpo Antinúcleo (AAN) (por padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) (**anexar exames laboratoriais comprobatórios**);
- Evidência histológica de colangite destrutiva não-supurativa (**anexar laudo dos exames de imagens comprobatórios**).

**2. O (a) paciente apresenta alguma das seguintes situações? Assinalar com um X.**

- Úlcera péptica (gástrica ou duodenal) em fase ativa.
- Doença intestinal inflamatória e outras condições do intestino delgado, cólon e fígado, que possam interferir com a circulação entero-hepática dos sais biliares (ressecção ileal e estoma, colestase intra e extra-hepática, doença hepática grave).
- Cólicas biliares frequentes.
- Inflamação aguda da vesícula biliar ou trato biliar.
- Oclusão do trato biliar (oclusão do ducto biliar comum ou um ducto cístico).
- Contratilidade comprometida da vesícula biliar.
- Cálculos biliares calcificados radiopacos.
- Pacientes com intolerância a galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de glicose galactose.
- Alergia a ácido ursodesoxicólico ou a qualquer um dos componentes da formulação.

**3. O (a) paciente apresenta outras comorbidades?**

**SIM** (  ) **NÃO** (  )

**Se sim, assinalar com um X.**

- Colestase medicamentosa.
- Hepatites virais.
- Obstrução biliar.
- Sarcoidose.
- Hepatite autoimune.
- Colangite esclerosante primária.
- Outras, descrever: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico assistente