

**AMBULATÓRIO DE LEISHMANIOSE**  
FICHA PARA ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM  
LEISHMANIOSE

NOME: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Resultado dos Exames:**

- Pesquisa Direta:  
Data de realização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
- Sorologia (IFI – Imunofluorescência Indireta)  
Data de realização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**Assinale as condições abaixo que configurem critérios para o encaminhamento ao Ambulatório de Referência em Leishmaniose – CISAMUSEP:**

- ( ) Apresenta exames positivos, e:
- ( ) Trata-se de paciente em situação especial (criança, gestante, idoso ou portador de comorbidades);
  - ( ) Trata-se de LTA mucosa ou muco-cutânea;
  - ( ) Possui alteração de ECG que impeça o tratamento com Glucantime;
  - ( ) Possui alteração em provas de função hepática e renal que impeça o tratamento com Glucantime;
  - ( ) Apresentou reações adversas graves após início do tratamento com Glucantime;
  - ( ) Sem cicatrização das lesões após 1 ciclo de tratamento com Glucantime;
- ( ) Apresenta exames negativos, porém:
- ( ) Persistem dúvidas quanto ao diagnóstico;
- ( ) Apresenta exames inconclusivos (p.ex. pesquisa direta negativa, porém com IFI positiva).

Informações complementares:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico