**Monitorização Terapêutica de Anti-retrovirais**

Data de Entrada

ID Amostra

**Doente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Nome completo)*

|  |
| --- |
| **DADOS DO CENTRO CLÍNICO** |
| Médico Requerente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hospital/Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DADOS DO DOENTE** |
| N.º Doente*(processo)* **|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|** Data de Nascimento |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|  *dia mês ano* | Sexo: F 🞎 M 🞎 Peso (*kg*) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Altura (*m*) |\_\_\_|,|\_\_\_|\_\_\_| Etnia: Caucasiana 🞎 Negra 🞎 Outra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Carga Viral |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| (*cópias/mL*) Data |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| CD4 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| (*células/mm3*) Data |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|  *dia mês ano* |

|  |
| --- |
| **FÁRMACOS PARA QUANTIFICAÇÃO** |
| Fármaco | Dose (*mg*) | Frequência da Dosagem | Data de Colheita*(dia, mês, ano)* | Hora da Colheita | Última Toma | Ingestão com Alimentos |
|  |  | OD □ BD □  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | S 🞎 N 🞎 |
|  |  | OD □ BD □  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | S 🞎 N 🞎 |
|  |  | OD □ BD □  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | S 🞎 N 🞎 |
|  |  | OD □ BD □  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ | S 🞎 N 🞎 |
| Ritonavir: S 🞎 N 🞎 (dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) Primeiro Esquema Anti-retroviral: S 🞎 N 🞎  |

|  |
| --- |
| **RAZÕES PARA MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA DE FÁRMACOS** |
| Insuficiência Hepática 🞎 Insuficiência Renal 🞎 Gravidez 🞎 ( \_\_\_\_\_\_ *semanas*) Doente Pediátrico 🞎  | Suspeita de Toxicidade 🞎 Suspeita de Dosagem Sub-terapêutica 🞎 Suspeita de Interacção Medicamentosa 🞎 | Outras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **OUTROS FÁRMACOS** |
|   |

|  |
| --- |
| **COMENTÁRIOS** |
| Tubo de Colheita – Anticoagulante: EDTA 🞎 Heparina 🞎 Citrato 🞎 Outro 🞎 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**Envio de Resultados:** E-mail 🞎 Fax 🞎 Carta 🞎

**Assinatura do Médico Requerente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, preencha todos os itens e envie juntamente com as amostras para:**

Despacho n.º 1028/2015, 2ª série do Diário da República N.º 21 de 30 de Janeiro de 2015

Sofia Pereira

Faculdade de Ciências Médicas UNL, Edifício CEDOC II - Laboratório 3.16 Farmacologia

Rua Câmara Pestana nº 6, 6A e 6B - 1150-082 Lisboa – Portugal

Tel.: 218 803 100 (ext. 26012)

E-mail: sofia.pereira@nms.unl.pt