Notificação de Suspeita de Soroconversão de Paciente

* Informações do Paciente:

Nome completo:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Diagnóstico:

* Informações relacionadas à transfusão:

Local(is) das transfusões prévias:

* Marcador(es) positivo(s) pós-transfusional(is):

( ) Hepatite B ( ) Sífilis

( ) Hepatite C ( ) HTLV I/II

( ) Doença de Chagas ( ) HIV

* Exames sorológicos negativos pré-transfusionais do receptor:

Realizou: ( ) Não ( ) Sim

Exame:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Exame:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Exame:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Exame:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

* Paciente apresenta fonte alternativa da infecção:

( ) Sim ( ) Não

Se sim, marque os pertinentes:

( ) Comportamento sexual de risco

( ) Uso de drogas injetáveis

( ) Contato domiciliar com pessoas infectadas

( ) Transplante de órgão sólido

( ) Transfusão prévia

( ) Procedimentos odontológico

( ) Piercing e/ou tatuagens

( ) Hemodiálise

( ) Acidente com material biológico

( ) Uso de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV)

( ) História prévia de IST’s

( ) Vitima de violência sexual

* Observações do médico assistente:

|  |
| --- |
|  |

Data da notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do médico/ CRM

Após preencher, assinar e carimbar esse documento, favor enviá-lo escaneado para o email: hemovigilancia@hemoce.ce.gov.br