

Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante
Ancestralidade	
<input type="checkbox"/> Européia Oriental/Norte Europeu	<input type="checkbox"/> Africana
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Ashkenazi
<input type="checkbox"/> Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Europa Central/Leste Europeu	<input type="checkbox"/> América Latina/Caribe
<input type="checkbox"/> Indígena. Especificar: _____	

Suspeita Clínica Principal

<input type="checkbox"/> Febre familiar do mediterrâneo	<input type="checkbox"/> Síndrome de Muckle-Wells	<input type="checkbox"/> Síndrome PAPA
<input type="checkbox"/> Síndrome Hiper IgD (deficiência de mevalonato quinase)	<input type="checkbox"/> Síndrome NOMID/CINCA	<input type="checkbox"/> Síndrome DIRA
<input type="checkbox"/> Síndrome TRAPS	<input type="checkbox"/> Urticária familiar induzida pelo frio	<input type="checkbox"/> Síndrome de Majeed
<input type="checkbox"/> Síndrome de Blau/Sarcoidose de início precoce	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

Informações Clínicas e Laboratoriais

<input type="checkbox"/> Febre		
Caso positivo:		
Temperatura: _____ (em graus)	Intervalo: _____ (em dias/meses/anos)	<input type="checkbox"/> Contínua
Duração: <input type="checkbox"/> <24hs <input type="checkbox"/> 24-72hs <input type="checkbox"/> >24hs	Frequência: _____ (em dias/meses/anos)	<input type="checkbox"/> Recorrente
<input type="checkbox"/> Rash cutâneo		
Caso positivo:		
Local: _____	<input type="checkbox"/> Urticária	<input type="checkbox"/> Piora com o frio
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Lesão tipo erisipela	
<input type="checkbox"/> Biópsia de pele	Achados: _____	
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Acne	<input type="checkbox"/> Abscessos
<input type="checkbox"/> Dismorfia Facial	<input type="checkbox"/> Estomatite	<input type="checkbox"/> Faringite
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Pericardite	<input type="checkbox"/> Pleurite
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
<input type="checkbox"/> Linfonodomegalia	<input type="checkbox"/> Adenite cervical	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Aumento de volume ósseo	<input type="checkbox"/> Osteomielite	<input type="checkbox"/> Artrite piogênica asséptica
<input type="checkbox"/> Abscesso cutâneo	<input type="checkbox"/> Uveíte	<input type="checkbox"/> Conjuntivite
<input type="checkbox"/> Edema periorbitário	<input type="checkbox"/> Surdez	<input type="checkbox"/> Atraso de DNPM
<input type="checkbox"/> Meningite asséptica	<input type="checkbox"/> Neurite óptica	<input type="checkbox"/> Papiledema

Informações Clínicas e Laboratoriais

<input type="checkbox"/> Anemia (Hb < 10)	<input type="checkbox"/> Leucocitose (> 12.000)	<input type="checkbox"/> Plaquetose (Plaquetas > 450.000)
<input type="checkbox"/> Aumento de VHS (>20)	<input type="checkbox"/> Aumento PCR	<input type="checkbox"/> Aumento de ferritina
<input type="checkbox"/> Amiloidose	<input type="checkbox"/> Síndrome de ativação macrofágica	

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento juntamente com o paciente e/ou responsável.

x

Médico solicitante com carimbo contendo o CRM

Data: ____ / ____ / ____