**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](mailto:sofia.pereira@nms.unl.pt)