

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				Número:	
Nome:			Data do preenchimento: ____/____/____		
Registro:	Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: [ ] M [ ] F		
Endereço:					
Bairro:			Ponto de referência:		
Principal atividade ocupacional:					
Telefone de contato (próprio, vizinho, parentes):					
Cidade:			CEP:	UF:	
Natural de (UF):				Vive na cidade há:	
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>					
Tempo de sintomas (meses):			Peso atual:		
Emagrecimento:	[ ] Sim	[ ] Não	Febre:	[ ] Sim	[ ] Não
Tosse:	[ ] Sim	[ ] Não	Escarro:	[ ] Sim	[ ] Não
Linfadenomegalia:	[ ] Sim	[ ] Não	Gânglios supurados:	[ ] Sim	[ ] Não
Local da adenomegalia:					
Odmotagia:	[ ] Sim	[ ] Não	Rouquidão:	[ ] Sim	[ ] Não
Astenia:	[ ] Sim	[ ] Não	Dispneia:	[ ] Sim	[ ] Não
Lesão boca, lábios, orofaringe	[ ] Sim	[ ] Não	PA: x mmHg	FC:	
Esplenomegalia:	[ ] Sim	[ ] Não	Lesões ósseas:	[ ] Sim	[ ] Não
Hepatomegalia:	[ ] Sim	[ ] Não	Lesões da pele:	[ ] Sim	[ ] Não
Lesões neurológicas:	[ ] Sim	[ ] Não	Outras:		
<b>COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA</b>					
No escarro [ ]			Raspado de Lesão [ ]		
Secreção ganglionar [ ]			Lavado Brônquico [ ]		
Medula óssea [ ]			Soro – Imunodifusão dupla [ ]		
Histopatológico [ ]			Órgão: _____ Outros: _____		
<b>CLASSIFICAÇÃO DO CASO</b>					
SUSPEITO [ ]	PROVÁVEL [ ]	CONFIRMADO [ ]	DESCARTADO [ ]		
Pulmonar [ ]	Ganglionar [ ]	Boca [ ]	Laringe [ ]		
Nariz [ ]	Cutânea [ ]	Outro: _____		Sistêmica [ ]	
PRIMEIRA VEZ [ ]	RECIDIVA [ ]	Se recidiva, que droga usou anteriormente?			
<b>CONDIÇÕES ASSOCIADAS</b>					
Tabagismo [ ] Sim [ ] Não	Alcoolismo [ ] Sim [ ] Não	HIV [ ] Positivo [ ] Negativa			
Hanseníase [ ] Sim [ ] Não	Tuberculose [ ] Sim [ ] Não	Leishmaniose [ ] Sim [ ] Não			
<b>TRATAMENTO PROPOSTO (descrever a dose e tempo)</b>					
SMT + TMP	Itraconazol	Antifotercina B	Prednisona	Outros:	
<b>ASSISTÊNCIA</b>					
Internação Hospitalar: [ ] Sim [ ] Não	Hospital:				
Data de admissão: ____/____/____	Data de alta: ____/____/____				
Ambulatório: [ ] Sim [ ] Não	Local:				
<b>EXAMES LABORATORIAIS – PRÉ-TRATAMENTO</b>					
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:			
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:			
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>		
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:			
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot			
PCR específico	Sequenciamento Genético	Outros:			
Laudo RX tórax:			Laudo Expirometria:		
<b>PRIMEIRA AVALIAÇÃO</b>					
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:			
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:			
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:			
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>		
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:			
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot			
	Sequenciamento Genético	Outros:			
Laudo do RX Tórax:			Expirometria [ ] Sim [ ] Não		
			Laudo:		

SEGUNDA AVALIAÇÃO			
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:	
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:	
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:	
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:	
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot	
	Sequenciamento Genético	Outros:	
Laudo do RX Tórax:		Expirometria [ ] Sim [ ] Não Laudo:	

TERCEIRA AVALIAÇÃO			
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:	
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:	
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:	
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:	
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot	
	Sequenciamento Genético	Outros:	
Laudo do RX Tórax:		Expirometria [ ] Sim [ ] Não Laudo:	

QUARTA AVALIAÇÃO			
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:	
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:	
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:	
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:	
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot	
	Sequenciamento Genético	Outros:	
Laudo do RX Tórax:		Expirometria [ ] Sim [ ] Não Laudo:	

QUINTA AVALIAÇÃO			
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:	
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:	
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:	
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:	
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot	
	Sequenciamento Genético	Outros:	
Laudo do RX Tórax:		Expirometria [ ] Sim [ ] Não Laudo:	

SEXTA AVALIAÇÃO			
Melhora clínica; [ ] Sim [ ] Não		Descrever:	
Hemoglobina:	Hematócrito:	Leucócitos:	
Eosinófilos:	VHS 1 hora	Mucoproteína:	
Albumina:	Globulina:	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
Sódio:	Potássio:	Glicemia Jejum:	
Sorologia Imunodifusão dupla:	Histopatológico	Western Blot	
	Sequenciamento Genético	Outros:	
Laudo do RX Tórax:		Expirometria [ ] Sim [ ] Não Laudo:	

**Parecer geral sobre o caso, após 1 ano de tratamento**

Aderiu ao tratamento: [ ] Sim [ ] Não      Recidivou: [ ] Sim [ ] Não

Se recidivou, em que tempo após o início do tratamento? \_\_\_\_\_

**Evolução do caso**

TRATADO/CURA [ ]    ÓBITO [ ]    TRANSFERÊNCIA [ ]    ABANDONO TRATAMENTO [ ]

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