

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA SUSPEITA DE ASPERGILOSE INVASIVA - AI

ORIENTAÇÕES

Indicações:

Solicitar os exames abaixo para pacientes que atender simultaneamente ao Critério I e ao Critério II.

Critério I: apresentar um dos seguintes fatores de risco: neutropenia (< 500 neutrófilos/mm³ por > 10 dias), recebimento de um transplante de células-tronco alogênicas, corticosteroides > 0,3 mg/kg/dia (equivalentes da prednisona) por > 3 semanas, tratamento com imunossupressor de células T reconhecido por mais de 90 dias, deficiência hereditária grave, malignidade hematológica ou oncológica subjacente tratada com agentes citotóxicos, tratamento com ibrutinibe, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças respiratórias virais (infecção por influenza, infecção por SARS-CoV2 etc.), cirrose, insuficiência hepática, diabetes mellitus, abuso crônico de álcool, doenças crônicas, cirurgia cardíaca, ou uso de ventilação mecânica invasiva)

Critério II: uma das seguintes características clínicas: febre refratária > 3 dias de antibioticoterapia, dor torácica pleurítica, dispneia, hemoptise ou insuficiência respiratória apesar do suporte ventilatório

Exames Disponíveis no Âmbito do Projeto de Pesquisa “Rede de Hospitais EBSEH para identificação e monitoramento de isolados clínicos e ambientais de *Aspergillus* spp. resistentes aos antifúngicos”

1. Teste rápido para detecção de galactomanana de *Aspergillus*
 - o Materiais: lavado bronco-alveolar; secreção traqueal ou tubo seco (sem anticoagulante) ou tubo com EDTA
2. Cultura de amostras respiratórias para identificação fenotípica e teste de resistência
 - o Material: escarro, lavado broncoalveolar (LBA) ou secreção traqueal.
 - o Em caso de crescimento do fungo, será realizado teste de sensibilidade aos antifúngicos.

Atenção Importante

- O uso de antifúngicos é tolerado por **até 48 horas** antes da coleta das amostras.
- Após esse período, há risco aumentado de falso-negativos ou resultados não interpretáveis.

Consentimento e Inclusão no Estudo

Solicita-se convidar o paciente a participar do estudo e aplicar o TALE/TCLE (anexo) no momento da coleta.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE E SOLICITANTE

Nome completo do Paciente:

Registro Interno:

Setor:

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da solicitação: ____/____/____

PREENCHER OS CRITÉRIOS 1 + 2

Critério 1 – Indicar pelo menos um dos seguintes fatores de risco:

- neutropenia (< 500 neutrófilos/mm³ por > 10 dias)
- recebimento de um transplante de células-tronco alogênicas
- uso prolongado de corticosteroides (> 20mg/dia prednisona, ou equivalente, por pelo menos 14 dias)
- tratamento com imunossupressor de células T reconhecido por mais de 90 dias. (Especificar: _____)
- erros Inato da Imunidade. (Especificar: _____)
- malignidade hematológica ou oncológica subjacente. (Especificar: _____)
- uso de imunobiológicos. (Especificar: _____)
- doença pulmonar obstrutiva crônica moderada ou grave
- infecção por influenza
- infecção por SARS-CoV2
- outra infecção respiratória. (Especificar: _____)
- cirrose hepática descompensada
- insuficiência hepática
- diabetes mellitus
- abuso crônico de álcool
- doenças crônicas. (Especificar: _____)
- cirurgia cardíaca
- uso de ventilação mecânica invasiva
- infecção pelo HIV (CD4<200 células/mm³)

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

Critério 2 – Indicar pelo menos uma das seguintes características clínicas:

- febre refratária > 3 dias, apesar de antibioticoterapia adequada
- retorno da febre após o período de 48 horas afebril enquanto em uso de antibióticos e sem evidência de outras causas aparentes
- dor torácica pleurítica
- presença de atrito pleural
- dispneia
- hemoptise
- piora da insuficiência respiratória, independentemente de uso de antibiótico adequado e suporte ventilatório

COLETAS DE MATERIAL BIOLÓGICO – ASSINALAR PARA CONFERÊNCIA

Exame	Material Biológico
1. Teste rápido para detecção de galactomanana de <i>Aspergillus</i>	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Aspirado Traqueal <input type="checkbox"/> Lavado bronco-alveolar
2. Cultura de Fungos e Antifungigrama	<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Aspirado Traqueal <input type="checkbox"/> Lavado bronco-alveolar <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____

APLICAÇÃO DE TALE/TCLE – ASSINALAR PARA CONFERÊNCIA

- Sim Não

CARIMBO / ASSINATURA: