

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA SUSPEITA DE ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA - APC

ORIENTAÇÕES

Solicitar os exames abaixo para pacientes que atendam simultaneamente ao Critério I e ao Critério II, **OU** atender isoladamente ao Critério III, conforme segue:

O **Critério I** corresponde à presença de pelo menos um fator de risco ou alteração pulmonar prévia, incluindo: tuberculose pulmonar prévia, tuberculose pulmonar ativa, bronquiectasias, cavitações ou cistos pulmonares.

O **Critério II** exige a manifestação de pelo menos um sintoma respiratório ou alteração radiológica recente, como tosse crônica, dispneia, hemoptise, dor torácica, perda de peso, fadiga, cavidade pulmonar recente, espessamento da parede de cavidade pré-existente, presença de aspergiloma, espessamento pleural ou fibrose pericavitária.

O **Critério III** prevê inclusão direta caso o paciente apresente imagem sugestiva de aspergiloma ou nódulo, independentemente da presença de sintomas.

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 anticorpos IgG anti-*Aspergillus*
 - o Materiais: 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 e/ou alterações prévias no parênquima pulmonar:

- tuberculose pulmonar prévia
- tuberculose pulmonar atual
- bronquiectasias
- cavitações
- cistos
- nenhum

Critério 2 – Indicar sintomas respiratórios ou alteração no padrão radiológico prévio:

- Tosse crônica
- Dispneia
- Hemoptise
- Dor torácica
- Perda de peso
- Fadiga
- Cavidade pulmonar nova
- Espessamento de parede de cavidade pré-existente
- Presença de aspergiloma
- Espessamento pleural
- Fibrose pericavitária
- Outro (especificar)
- Nenhum

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

Critério 3 – Paciente apresenta imagem sugestiva de aspergiloma ou nódulo, com ou sem sintomas?

- Sim
 Não

COLETAS DE MATERIAL BIOLÓGICO – ASSINALAR PARA CONFERENCIA

Exame	Material Biológico
1. Teste rápido para detecção de anticorpos IgG anti- <i>Aspergillus</i>	<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Soro
2. Cultura de Fungos - Antifungigrama	<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Aspirado Traqueal <input type="checkbox"/> Lavado bronco-alveolar

APLICAÇÃO DE TALE/TCLE – ASSINALAR PARA CONFERENCIA

- Sim Não

CARIMBO / ASSINATURA: