

Questionário de Farmacovigilância do Uso do Dolutegravir 50mg

1 - Nome Completo do Usuário - Civil		2 – Prontuário	
3 - Nome Social		4 – CPF 	
5 – Data de Nascimento	6 – Nome da Mãe		
7 – Houve suspeita de ocorrência de reação adversa após o início do uso do esquema de tratamento contendo o Dolutegravir? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Após orientação farmacêutica sobre a importância das informações para o acompanhamento do paciente, ele se negou a responder			
8 – Qual(is) a(s) reação(ões) adversa(s) apresentada(s) pelo paciente e qual(is) a(s) data(s) de início de cada reação? Relate o(s) sintoma(s) não desejável(is) apresentado(s) após a utilização do esquema de tratamento contendo Dolutegravir.			
Reação Adversa	Data aproximada do início da reação (Informar DD/MM/AA ou pelo menos MM/AA)	Data aproximada do fim da reação (Informar DD/MM/AA ou pelo menos MM/AA)	Reação persistente?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9 – Gravidade da reação adversa: <input type="checkbox"/> A reação pôs em perigo a vida do paciente <input type="checkbox"/> A reação causou a hospitalização do paciente <input type="checkbox"/> A reação prolongou o tempo de hospitalização do paciente <input type="checkbox"/> A reação provocou incapacidade persistente ou grave <input type="checkbox"/> A reação não provocou nenhuma das consequências anteriores, mas foi considerada grave <input type="checkbox"/> A reação não foi grave			
10 – Dados clínicos prévios ao uso do DTG: Marque as doenças apresentadas pelo paciente: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> Coinfectado Hepatite B <input type="checkbox"/> Coinfectado Hepatite C <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal (aguda ou crônica) <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras. Citar: _____ _____ _____			
11 – Considerando que a Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR) ocorre em pacientes com infecção pelo HIV que iniciaram terapia antirretroviral (TARV), e que a definição de caso de SIR inclui a ocorrência de resposta virológica e deterioração clínica por condição infecciosa ou inflamatória após o início de TARV, associado a sintomas que não possam ser explicados por outra infecção ou neoplasia, falha de tratamento para infecção oportunista, reação adversa a fármacos ou falta de adesão a TARV ou tratamento para tuberculose. A apresentação clínica da SIR pode ser de dois tipos: a primeira é chamada de SIR desmascarada, por se caracterizar por infecção oportunista oculta e subclínica e com patógeno geralmente detectável; a segunda é chamada de SIR paradoxal e se caracteriza por recrudescência ou relapso de infecção tratada com sucesso anteriormente e marcada ativação imune induzida por antígeno com nenhum ou poucos patógenos detectáveis. Clinicamente pode se expressar por aparecimento ou aumento de linfonodos, febre, perda de peso, piora de sintomas respiratórios e radiológicos. O paciente apresentou alguma reação característica de SIR? Se sim descrever quais as manifestações clínicas:			
Manifestação clínica de SIR	Data aproximada do início da manifestação (Informar DD/MM/AA ou pelo menos MM/AA)	Data aproximada do fim da manifestação (Informar DD/MM/AA ou pelo menos MM/AA)	Reação persistente?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

12 – Doença oportunista prévia exacerbada após o início do uso de DTG?

Sim

Não

Caso a resposta seja SIM, marcar e/ou descrever qual(is):

- Candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- Infecção por Citomegalovírus (CMV);
- Herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- Criptococose extra-pulmonar;
- Pneumonia
- Toxoplasmose cerebral
- Sarcoma de Kaposi
- Tuberculose
- Tuberculose atípica
- Outras: _____

13 - Doença oportunista em atividade?

Sim

Não

Caso a resposta seja SIM, marcar e/ou descrever qual(is):

- Candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- Infecção por Citomegalovírus (CMV);
- Herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- Criptococose extra-pulmonar;
- Pneumonia
- Toxoplasmose cerebral
- Sarcoma de Kaposi
- Tuberculose
- Tuberculose atípica
- Outras: _____

14 – Outros medicamentos utilizados durante o uso do esquema contendo Dolutegravir. Citar os outros medicamentos utilizados pelo paciente inclusive fitoterápicos, polivitamínicos (não citar ARV):
