



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ASSOCIADA À COVID-19 - SIMP**

Portaria nº 766 – 18/08/2020



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente

não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo:

- Data de Nascimento: ____/____/____

- Febre $\geq 38^{\circ}$ e ≥ 3 dias - Data de início da febre: _____

1. Paciente deverá apresentar **pelo menos 2 (dois)** dos seguintes sinais e sintomas:

- () Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos e pés);
- () Hipotensão arterial ou choque;
- () Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias;
- () Evidência de coagulopatia (encaminhar laudo do exame comprobatório);
- () Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E
2. () Marcadores de inflamação elevados (**encaminhar laudo de exame comprobatório**).

E
3. () Afastadas quaisquer **outras causas de origem infecciosa óbvia**, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

E
4. () Evidência de Covid-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológicos positivos) ou história de contato com caso de Covid-19.

OU

- 5. () Critérios totais ou parciais para Síndrome de Kawasaki;
- 6. () Choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a) *

Data*