



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Formulário de solicitação de cloroquina para tratamento de coronavírus (COVID-19)

Número da notificação no SINAN: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino

EXAME

Teste: () Positivo () Negativo () Não realizado

CRITÉRIO DE INDICAÇÃO

Paciente hospitalizado com forma grave ou crítico de COVID-19

1. () dispneia;
2. () frequência respiratória ≥ 30 min;
3. () $SpO_2 \leq 93\%$;
4. () $PaO_2/FiO_2 < 300$ e/ou infiltração pulmonar $> 50\%$ dentro das 24 a 48 horas;
5. () falência respiratória;
6. () choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos
7. () paciente abaixo de 60kg (fazer ajuste de 7,5mg/kg de peso)
8. () insuficiência renal ou insuficiência hepática graves (reduzir a dose para 50%)

Dose prescrita: _____mg/dia Número de comprimidos: _____

(Assinatura e carimbo do médico)