



Encaminhamento para dessensibilização de gestantes com alergia a penicilina

Nome (sem abreviar): _____

Data de nascimento: ___/___/____.

Endereço residencial: _____

Telefone: () _____

Unidade de saúde: _____

Idade gestacional: _____ (DUM) _____ (US)

Teste rápido para sífilis positivo (___/___/___) e/ou

VDRL(titulação/data): _____

Antecedentes obstétricos:

Medicamentos em uso:

Sintomas que caracterizaram a alergia:

() Urticárias () Angioedema (inchaço) de rosto, mãos e pés () Inchaço de língua, garganta e lábios () Dificuldade de respirar, tosse, aperto e/ou no peito () Tontura e perde de consciência () Outros:

Tempo da reação: () <10 anos () >10anos

Procedimentos realizados no momento do diagnóstico de alergia:

Administração de adrenalina? () sim () não

Administração de corticóide endovenoso? () sim () não

Intubação orotraqueal? () sim () não

Outra conduta/procedimento? Qual: _____

Favor avaliar alergia a penicilina,

Assinatura do responsável pelo encaminhamento



Preenchimento HU:

Data do agendamento: ___/___/_____

Teste cutâneo (Prick test): () Positivo () Negativo

Teste intradérmico: () Positivo () Negativo

Houve necessidade de dessensibilização? () Sim () Não

Houve intercorrências? () Sim () Não. Se sim, quais?

Orientações relacionadas a continuidade do tratamento:

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Jundiaí, ___ de _____ de _____.

A Vigilância ficará responsável por agendar a dessensibilização no Hospital Universitário e avisar a unidade de saúde.