

PCDT: HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

CID 10: D 59.5

ANEXO I: HISTÓRIA CLÍNICA RECENTE

Paciente: _____

HISTÓRIA CLÍNICA RECENTE - HPN	
População de pacientes com maior risco de HPN	
Teste Coombs negativo, especialmente em pacientes com deficiência de íons, ou <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Hemoglobinúria (ou hematúria), ou <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Anemia aplástica, ou <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
AR SMD Anemia Refrataria - Síndromes Mielodisplásicas, ou <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Trombose não explicada, ou <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Citopenia não explicada <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Qualquer evidência de hemólise (intervalos de referência incluídos nos parênteses)	
LDH \geq 1,5 vezes o limite superior (105-133 IU/L), ou	..... IU/L
Baixos níveis de haptoglobina (41-165 mg/dL), ou	..... mg/dL
Contagem elevada de reticulócitos (0,5-1,5%), ou %
Bilirrubina elevada (0-0,3 mg/dL)	..... mg/dL
Quaisquer sinais de disfunção renal (intervalos de referência incluídos nos parênteses)	
Proteinúria (\leq 30 mg albumina/g creatinina), ou	..... mg/g
Baixa TFGe (90-120 mL/min/1,73 m ²), ou	..... mL/min/1,73 m ²
Creatinina sérica elevada (mulheres: 0,6-1,1 mg/dL; homens: 0,7-1,3 mg/dL)	..... mg/dL
Evidência de comorbidades de HPN (intervalos de referência incluídos nos parênteses)	
Baixa contagem de plaquetas (100.000-400-000/ μ L), ou	..... /μ L
Dímero D elevado (\leq 250 ng/mL), ou	..... ng/mL
NT-próBNP elevado (valores de referência variam com sexo e idade), ou	..... pg/mL
Pressão arterial pulmonar elevada ($>$ 25 mmHg)	..... mm/Hg
Outros sintomas associados com HPN que devem elevar o grau de suspeita	
Dor abdominal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Dor no peito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Dispnéia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cansaço	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Qualidade de vida prejudicada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Anemia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Disfagia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Carimbo e assinatura do médico

_____/_____/_____
Data