



**LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM MICOSES SISTÊMICAS**

FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

<b>I – INFORMAÇÕES DA UNIDADE SOLICITANTE</b>		<b>*Nº GAL:</b>	
<b>*Instituição Solicitante:</b>		<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
<b>*Endereço:</b>		<b>Tel: ( )</b>	<b>E-mail:</b>
<b>II – INFORMAÇÕES DO PACIENTE</b>		<b>Nº de prontuário:</b>	<b>Óbito:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>* Nome completo:</b>		<b>*Nome da mãe:</b>	
<b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Data de nascimento:</b>	<b>*Idade:</b>	<b>Naturalidade:</b>
<b>*Endereço:</b>		<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
<b>Ocupação/Profissão:</b>		<b>*Telefone para contato:</b>	

<b>III – INFORMAÇÕES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS</b>		<b>Data do início dos sintomas:</b>	
<b>Suspeita diagnóstica:</b>	<input type="checkbox"/> Paracoccidioomicose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Aspergilose <input type="checkbox"/> Coccidiodomicose <input type="checkbox"/> Criptococose		
<b>Lesão pulmonar:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Descrever:</b>		
<b>Fatores associados:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Transplante Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outro Fator Qual? _____		
<b>Uso de antifúngicos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fluconazol <input type="checkbox"/> Itraconazol <input type="checkbox"/> Voriconazol <input type="checkbox"/> AnfoB desoxicolato <input type="checkbox"/> AnfoB formulações lipídicas <input type="checkbox"/> Sulfametoxazol trimetoprim <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____		
<b>Fonte suspeita /atividade de risco:</b>	<input type="checkbox"/> Lavrador <input type="checkbox"/> Caverna <input type="checkbox"/> Toca de tatu <input type="checkbox"/> Excreta de morcego <input type="checkbox"/> Desmatamento <input type="checkbox"/> Remoção de terra <input type="checkbox"/> Excreta de aves <input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____		

<b>IV – EXAMES SOROLÓGICOS:</b>				
<b>Exame solicitado</b>	<b>Material enviado*</b>	<b>Amostra (1ª, 2ª, 3ª, única)</b>	<b>Data</b>	<b>Hora da coleta</b>
Sorologia (ID) para Paracoccidiodomicose	soro (sangue total será recusado)			
Sorologia (ID) para Histoplasmose	soro (sangue total será recusado)			
Sorologia (ID) para Aspergilose	soro (sangue total será recusado)			
Sorologia (ID) para Coccidiodomicose	soro (sangue total será recusado)			
Exame micológico**				

\*\*Exame micológico: escarro, LCR, sangue, tecido em solução fisiológica (descrever material da biópsia: pele, mucosa, etc).

**Recomendações:**

- 1 – Sorologia imunodifusão dupla (ID) para Coccidiodomicose: somente nos casos de pacientes oriundos ou de passagem em áreas endêmicas (regiões semi-áridas do continente americano; no Brasil inclui o semi-árido nordestino – PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA – e centro-sul do MA).
- 2 – No caso de Histoplasmose ou Coccidiodomicose pulmonar aguda, uma segunda amostra de soro deverá ser coletada 3 a 4 semanas após a primeira.
- 3 – Em imunodeprimidos e formas disseminadas graves a ID para detecção de anticorpos de micoses é de baixo rendimento, o resultado negativo não afasta o diagnóstico. Melhor rendimento é obtido através do exame micológico das amostras.

**Contatos:** Laboratório de Referência Nacional em Micoses Sistêmicas: Coordenação Dr. Bodo Wanke tel: (21)3865-9537 e-mail: [bodo.wanke@ini.fiocruz.br](mailto:bodo.wanke@ini.fiocruz.br)  
 Laboratório de Micologia: Dr. Rodrigo de Almeida Paes tel: (21)3865-9642 e-mail: [rodrigo.paes@ini.fiocruz.br](mailto:rodrigo.paes@ini.fiocruz.br) / Setor Imunodiagnóstico: Mauro Muniz tel: (21)3865-9640 / Setor Diagnóstico Micológico: Maria Helena Galdino e Rowena Alves Coelho tel: (21)3865-9642 / Secretaria: Carla tel: (21) 3865-9516  
 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)/FIOCRUZ: tel: (21)3865-9115 e-mail: [cievs@fiocruz.br](mailto:cievs@fiocruz.br)

Nome do solicitante/Carimbo: \_\_\_\_\_ Conselho Profissional/nº: \_\_\_\_\_

## LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM MICOSES SISTÊMICAS – LRNMS & SISTEMA GAL

### Solicitação de exames para diagnóstico de micoses

O pedido pode ser feito por LACEN's, Hospitais públicos e Unidades de saúde estaduais, municipais e federais. Cada solicitação deverá vir acompanhada do formulário preenchido com dados clínicos e epidemiológicos, disponibilizado aos solicitantes no site do INI-Fiocruz em: <https://www.ini.fiocruz.br>

**Local de entrega:** Central de recebimento de amostras do INCQS/GAL, Bloco 5, Av. Brasil, 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21040-900. Estando adequado o envio, estas amostras serão encaminhadas ao Laboratório de Micologia/LRNMS – INI – FIOCRUZ pela central do INCQS.

**Horário de entrega:** 2ª a 6ª-feira de 8:00 até 15:30 horas, exceto feriados.

### CONDIÇÕES DE REJEIÇÃO DAS AMOSTRAS

- 1) Ausência de identificação do paciente;
- 2) Material colocado em formol ou transportado em gelo seco;
- 3) Recipiente danificado com perda de material para o ambiente externo;
- 4) Soro com temperatura de chegada acima de 12°C.
- 5) Soro hemolisado
- 6) Soro lipêmico

### Destino de cada material:

**1) Soro** – O espécime clínico (soro) para exame sorológico de micoses já deve vir **SEPARADO** do sangue total, identificado e adequadamente transportado em frasco de transporte com gelo. O soro destina-se somente a exames de imunodifusão para: paracoccidiodomicose, histoplasmose, aspergilose e coccidiodomicose (**Setor de Imunodiagnóstico de Micoses/ LRNMS**); **devendo ser entregues no máximo até às 15:30.**

**2) Escarro, lavado brônquio, biópsias, secreções e quaisquer outros espécimes clínicos** destinadas a exames micológicos direto e cultivo para fungos, devem ser enviados no menor tempo possível após a coleta devido à rápida perda de viabilidade de alguns fungos como, por exemplo: *Histoplasma capsulatum* e *Paracoccidioides brasiliensis*. Devem ser enviadas em refrigeração leve com gelo comum e nunca ser congeladas. **As amostras devem ser entregues no máximo até às 15:30 no Setor de Diagnóstico Micológico do LRNMS.**

Em caso de situações não previstas, fazer contato com os seguintes telefones: **Central de recebimento de amostras INCQS** – (21) 38655122/ 38655138. **Laboratório de Micologia/ LRNM** – (21) 38659537 **Setor de Diagnóstico Micológico**-(21)38659642 **Setor de Imunodiagnóstico de Micoses** – (21) 38659640.

Coordenador do LRNMS: Dr. Bodo Wanke 38659537

Chefe do Laboratório de Micologia: Dr. Rodrigo de Almeida Paes 38659537 e 38659642

Secretaria do LRNM/LM: Carla Pena 38659516