

# PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DESREGULAÇÃO DA VIA ALTERNA DO COMPLEMENTO

## INFORMAÇÃO CLÍNICA – REQUISIÇÃO DE TESTE GENÉTICO

UTENTE
_____/_____ (APELIDO) (nome)
Nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/____
SNS: _____
Etnia: _____

CLÍNICO
_____/_____ (APELIDO) (nome)
Contacto preferido: _____
OM nº _____
Instituição: _____
_____

PATOLOGIA
SHU <input type="checkbox"/>
Outra <input type="checkbox"/>
se outra especificar
_____

BIÓPSIA RENAL
SIM <input type="checkbox"/>
NÃO <input type="checkbox"/>
se sim especificar
_____/_____ (o laboratório) (nº de biópsia)

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

RINS NATIVOS  INAUGURAL  RECIDIVA  GRAVIDEZ  AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE

RIM TRANSPLANTADO  RECORRÊNCIA  DE NOVO

#### SINDROMA NEFROLÓGICO NA APRESENTAÇÃO

IRA/RP  IRC  NEFRÍTICO  NEFRÓTICO  IRCT

#### ENVOLVIMENTO EXTRA-RENAL

sim  (discriminar) \_\_\_\_\_  
não  \_\_\_\_\_

#### PATOLOGIA CLÍNICA NA APRESENTAÇÃO DO EPISÓDIO ACTUAL (detalhar unidades)

Hemoglobina: \_\_\_\_\_; plaquetas: \_\_\_\_\_; Coombs: neg.  n.d.

LDH: \_\_\_\_\_; haptoglobina: \_\_\_\_\_; esquizócitos: sim  não  n.d.

SCreat. : \_\_\_\_\_; eGFR: \_\_\_\_\_; ratio urinário prot./creat.: \_\_\_\_\_

ADAMTS13 (atividade): \_\_\_\_\_ Ac. anti fH: neg.  pos.  (valor) \_\_\_\_\_ n.d.

#### COMPLEMENTO

C3: \_\_\_\_\_; C4: \_\_\_\_\_; fH: \_\_\_\_\_; fB: \_\_\_\_\_; fI: \_\_\_\_\_; AH 50: \_\_\_\_\_; CH 50: \_\_\_\_\_

Informação suplementar acompanhante do manuscrito Azevedo A *et al*, *Port J Nephrol Hypert* 2018.

IRA/RP: insuficiência renal aguda/rapidamente progressiva; IRC: insuficiência renal crónica; IRCT: insuficiência renal crónica terminal; LDH: desidrogenase láctica; SCreat.: creatinina sérica; eGFR: discriminar fórmula.