

FORMULÁRIO		
ANAMNESE PARA DESSENSIBILIZAÇÃO À PENICILINA		
Área/Setor: SES/SUHP/DAGH/GAH	Data: 18/07/2025	Versão: 01 Página: 1 de 1

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



URGENTE

DADOS DO PACIENTE:

NOME COMPLETO: DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE:

NOME COMPLETO DA MÃE:

SEXO: FEMININO MASCULINO CNS: TELEFONE: ()

ENDEREÇO: CIDADE/UF:

CID: DIAGNÓSTICO:

ANAMNESE:

- 1) Você se lembra dos detalhes da reação?

- 2) Há quantos anos a reação ocorreu?

- 3) Como foi o tratamento?

- 4) Qual foi o resultado?

- 5) Por que você recebeu penicilina?

- 6) Você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento?

- 7) Quais foram esses antibióticos? (Lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de fármacos derivados da penicilina).

- 8) Você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina?

PACIENTE NECESSITA REALIZAR A DESSENSIBILIZAÇÃO?

SIM NÃO

DATA, HORÁRIO E LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ANAMNESE:

PACIENTE AVALIADA(O) PELO(A):

CARIMBO/ASSINATURA
do médico

OBSERVAÇÕES:

- OBRIGATÓRIO O CORRETO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS PELO MÉDICO.
- PREENCHER EM 2 VIAS: 1ª VIA: PRONTUÁRIO DO PACIENTE 2ª VIA: DO PACIENTE.