

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE PUBERDADE PRECOCE

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, de 27 de JULHO de 2022.

*Obs.: O preenchimento deste formulário não é obrigatório. Caso prefira, o médico poderá descrever em relatório médico a presença de critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão (conforme PCDT da Puberdade Precoce Central).***IDENTIFICAÇÃO****DADOS DO PACIENTE**

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____ Estatura da mãe: _____

NOME DO PAI: _____ Estatura do pai: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: M ☐ F ☐**MÉDICO RESPONSÁVEL**

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS CLÍNICOSMENINAS: Telarca ☐ não ☐ sim quando (idade): _____Pubarca ☐ não ☐ sim quando (idade): _____Menarca ☐ não ☐ sim quando (idade): _____MENINOS: Aumento do volume testicular ☐ não ☐ sim quando (idade): _____Pubarca ☐ não ☐ sim quando: _____

DADOS DO NASCIMENTO: IDADE GESTACIONAL: _____

PESO AO NASCER: _____

COMPRIMENTO AO NASCER: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE PUBERDADE PRECOCE EM PARENTES DE PRIMEIRO GRAU

☐ não ☐ sim Quem? _____

IDADE MENARCA DA MÃE: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS AO DESENCADEAMENTO DA PUBERDADE:

☐ não ☐ sim Quais? _____

	1ª consulta	2ª consulta	Última consulta
DATA			
ESTATURA			
PESO			
IDADE			
IDADE ÓSSEA			
ESTÁGIO PUBERAL (Tanner)			
VOLUME TESTICULAR (Meninos) em ml			
PREDIÇÃO ESTATURA FINAL			

ANEXAR CÓPIA DA CURVA DE CRESCIMENTO e ÚLTIMA IDADE ÓSSEA (<90 dias, identificada c/ laudo)

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DADOS LABORATORIAIS (Anexar cópias)**FSH basal:** Valor: _____ (data: ____/____/____)**LH basal:** Valor: _____ (data: ____/____/____)**Estradiol basal (meninas):** Valor: _____ (data: ____/____/____)**Testosterona basal (meninos):** Valor: _____ (data: ____/____/____)**17OHP (na Hiperplasia Adrenal Congênita -HAC):** Valor: _____ (data: ____/____/____)**Androstenediona (na HAC):** Valor: _____ (data: ____/____/____)**TSH:** Valor: _____ (data: ____/____/____)**USG pélvica (F) :** _____**RM de HIPÓFISE/SNC:** ☐ não realizada ☐ normal ☐ anormal, descrever: _____**RADIOTERAPIA** ☐ não ☐ sim. Informar indicação, datas, doses, extensão: _____**DIAGNÓSTICOS**

PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

☐ IDIOPÁTICA☐ ORGÂNICA secundária a _____

TEMPO PREVISTO DE TRATAMENTO _____

Carimbo e assinatura do médico assistente_____/_____/_____
DATA**AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB**AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** () **Indeferido** ()

MEDICAÇÃO: _____ DOSE: _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador_____/_____/_____
DATA