

**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 DE CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO PARA PUBERDADE PRECOCE

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

IDENTIFICAÇÃO**DADOS DO PACIENTE**

NOME: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS DO TRATAMENTO

INÍCIO DO GnRH: _____ TRATAMENTO ASSOCIADO: _____

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO (DURAÇÃO E MOTIVO): _____

DADOS CLÍNICOS (ÚLTIMA AVALIAÇÃO CLÍNICA $\leq$ 30 DIAS)

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

IDADE (anos e meses): _____

ESTÁGIO PUBERAL (Tanner): _____. VOLUME TESTICULAR (meninos): _____

ESTATURA (cm): _____ ESTATURA (desvio padrão): _____ PESO (Kg) _____

EXAMES COMPLEMENTARES ($\leq$ 30 DIAS - ANEXAR CÓPIA DOS EXAMES)**IDADE ÓSSEA** _____ (ANEXAR RADIOGRAFIA OU FOTO LEGÍVEL IDENTIFICADA COM LAUDO)- Realizar a cada **12 meses** para crianças com idade **inferior a 8 anos**- Realizar a cada **6 meses** para crianças com idade **superior ou igual a 8 anos****LH:** Valor: _____ (data: ____/____/____)**FSH:** Valor: _____ (data: ____/____/____)**ESTRADIOL** (Meninas): Valor: _____ (data: ____/____/____)**TESTOSTERONA** (Meninos): Valor: _____ (data: ____/____/____)**ANDROSTENEDIONA***: Valor: _____ (data: ____/____/____)

* Realizar apenas nos casos de Hiperplasia Adrenal Congênita – HAC

DURAÇÃO PREVISTA DE TRATAMENTO: _____

Carimbo e assinatura do médico assistente

_____/_____/_____
DATA**AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB**AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** ()**Indeferido** ()

MEDICAÇÃO DISPENSADA _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador

_____/_____/_____
DATA