

**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 ACESSO AOS MEDICAMENTOS
PARA HIPERPROLACTINEMIA**

DATA: ____/____/____

CID 10: _____

IDENTIFICAÇÃO**PACIENTE**

NOME: _____

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

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

ETIOLOGIA

- ☐ ☐ Gestação/ amamentação
☐ ☐ Uso de medicamentos
☐ ☐ Hiperprolactinemia idiopática
☐ ☐ Adenomas de Hipófise
☐ ☐ Outros _____

DADOS CLÍNICOS

- ☐ ☐ Galactorreia
☐ ☐ Amenorreia
☐ ☐ Oligomenorreia
☐ ☐ Diminuição da libido
☐ ☐ Infertilidade
☐ ☐ Anormalidades do campo visual
☐ ☐ Hipopituitarismo
☐ ☐ Ginecomastia
☐ ☐ Disfunção erétil

Uso prévio de agonista dopaminérgico: ☐ ☐ Não ☐) Sim (qual, dose) _____Se sim, ainda em uso? ☐ ☐ Não Sim

Informar valor da PROLACTINA pré-tratamento: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS DOS LAUDOS)

TSH:	Valor: _____	(data: ____/____/____)
TGO/TGP:	Valor: _____	(data: ____/____/____)
CREATININA:	Valor: _____	(data: ____/____/____)
PROLACTINA (02 exames):	Valor: _____	(data: ____/____/____)
	Valor: _____	(data: ____/____/____)
FSH (mulher acima de 50 anos)	Valor: _____	(data: ____/____/____)
βHCG (mulher em idade fértil)	Valor: _____	(data: ____/____/____)
TC de hipófise:	() Normal () Anormal	(data: ____/____/____)
ou		
RNM de hipófise:	() Normal () Anormal	(data: ____/____/____)



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE SEMANAL PRETENDIDA: _____

- **Anexar receita médica em 02 (DUAS) vias**

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** () **Indeferido** ()

MEDICAÇÃO: _____ DOSE MENSAL: _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador

____ / ____ / ____
DATA