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
Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia - CEDEBA

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

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 CLÍNICOS

MENINAS: 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)

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**