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 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 ≤ 30 DIAS)

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/_____

IDADE (anos e meses): _____

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES (≤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 _____

Assinatura do médico avaliador :_____Data da avaliação:____/____/____