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 Orientações aos Pacientes de Puberdade Precoce

CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO

NOME DO PACIENTE: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL:_____

PERÍODO DE DEFERIMENTO:_____

ATENÇÃO: O medicamento para uso Trimestral deve ser aplicado a cada 12 semanas (intervalo de 84 dias entre as 02 aplicações).

Documentos Necessários:

( ) Laudo de Solicitação de medicamentos (LME).
( ) Formulário de Continuação preenchido, assinado, datado e carimbado pelo médico assistente (disponível em: https://www.ba.gov.br/saude/publicacoes/patologia/puberdade-precoce).
( ) Receita original em duas vias, datada e escrita com o nome genérico do medicamento.

APRESENTAR CÓPIA DOS EXAMES ABAIXO:
( ) LH
( ) FSH
( ) Raio X De Idade Óssea (Laudo e imagem)
( ) Estradiol (se menina)
( ) Testosterona (se menino)

IMPORTANTE: Pacientes de **Puberdade Precoce** em uso de análogos de GnRH de **aplicação TRIMESTRAL** devem providenciar os documentos de continuação de tratamento (**exames e avaliação clínica**) após 45 dias da última aplicação.

Os documentos para continuação de tratamento devem ser entregues de 20 a 30 dias antes da 1ª aplicação referente ao próximo período a ser deferido.

- ✓ **A validade dos exames é de 30 dias.**
- ✓ Renovação semestral
- ✓ Medicamentos: Goserelina 3,6 e 10,8mg e Leuprorrelina 3,75 e 11,25mg

Ciente,

_____
Responsável pelo paciente

Data _____/_____/_____