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

PROTOCOLO PARA CONTINUAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE

Não serão aceitos formulários incompletos ou com rasuras

Data: _____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO E DADOS CLINICOS

Nome:_____

Nome da Mãe_____

Início do tratamento: _____

Medicamento: _____ Dose: _____

Interrupções (motivo, duração) _____

Peso _____TA _____DUM _____

Em relação aos motivos do uso do medicamento houve melhora?

Sim (graduar de 1 a 5) _____ Não _____

USG de controle Sim (anexar) _____

Não (outro exame) _____

Efeitos colaterais apresentados: (graduar de 0 a 3)

Hirsutismo _____Acne _____Fogacho_____Secura vaginal _____

Cefaléia _____Alteração mamárias_____Alterações da libido _____

Depressão_____Outros _____

Considerações do médico_____

_____

_____
Assinatura e carimbo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- MEDICAÇÃO PRESCRITA:

  _____

- DOSE DIÁRIA PRETENDIDA:

  _____

Anexar receita médica em 03 (três) vias

_____ _____

Carimbo e assinatura do médico **Telefone para contato**

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - CEDEBA

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

MEDICAMENTO: _____

DOSE MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1:_____

2:_____

3:_____