ABERTURA DE PROCESSO

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SCTIE Nº 54, DE 02 DE JUNHO DE 2026.

DATA____/___/___

Nome do Paciente_____
Sexo: _____ Estado Civil: _____ Reg. ou ident.: _____
End.:_____
Data de Nascimento: _____ Tel.:_____
Médico Responsável:_____ CRM_____
Serviço:_____ Tel.:_____

DADOS CLÍNICOS:

Peso:_____ Altura: _____ TA:_____

Tempo da doença:_____

Sintomas: Dor Intensa Moderada Discreta
Sangramento Intenso Moderado Discreto
Infertilidade há _____ anos

Outros sintomas: _____

Menarca: _____ última menstruação ____/____/____ Duração: _____ Fluxo ___/___

Cólicas: Sim Não Coágulos: Sim Não

1º CS _____ Nº Parceiros _____

Nº de Gestações _____ Nº de abortos _____

Nº de Partos Nat. _____ Cesáreos_____ Filhos Vivos_____

Doenças Pré Existentes:_____

Tireoidopatia _____

Cirurgias Anteriores:_____

Contra- indicação à cirurgia Sim Não

Qual _____

Tratamentos Anteriores

Qual_____

Duração:_____

EXAMES COMPLEMENTARES

USG (S) tansvaginal (is) – anexar laudo (s) (obrigatório) _____

_____

Mamografia – anexar laudo (obrigatório para pacientes acima de 35 anos) _____

Colposcopia – anexar laudo (obrigatório) _____

Colpocitologia - anexar laudo (obrigatório) _____

Histeroscopia – anexar laudo _____

_____

Histerossalpingografia – anexar laudo _____

_____

Laparoscopia – anexo laudo _____

_____

Ca 125 – anexar laudo _____

Ca 19-9 – anexar laudo _____

Considerações do médico assinante: (Opcional) _____

_____

_____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO PRESCRITO: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA:_____

_____

Assinatura e carimbo do médico assistente