FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA SINDROME DE TURNER

Não serão aceitos formulários incompletos ou com rasuras

PACIENTE : _____

Nome da Mãe:_____

Diagnóstico principal:_____

Início do GH _____Tratamento associado _____

Interrupção (motivo/duração): _____

ÚLTIMA AVALIAÇÃO :

Data: _____ Idade (anos e meses): _____

Estatura (cm): _____ Peso: _____

Estágio puberal (Tanner): _____

Idade óssea (anexar radiografia identificada com laudo) : _____

TSH: _____

T 4 L: _____

Glicemia: _____

Hemograma: _____

(anexar cópia dos exames)

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE :____/ ___

unidades / semana

unidades (x 13) por trimestre

_____

Carimbo e assinatura do médico

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO:

Deferido ( ) Inferido ( )

MEDICAMENTO:_____

DOSE
MENSAL:_____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1._____

2._____

3._____