FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA SINDROME DE TURNER

DATA: _____/ _____/ _____PROCESSO Nº_____

1) IDENTIFICAÇÃO

NOME:_____
NOME DA MÃE: _____

(Anexar cópia do RG ou Certidão de Nascimento do paciente)

2) DADOS PESSOAIS

Local do nascimento: Hospitalar □ Domiciliar □
Assistência ao parto: médico □ parteira □ curiosa □
Tipo de parto: cefálico □ pélvico □ fórceps □ cesáreo □
Peso:_____Comprimento:_____ Idade gestacional: _____

Complicações:

- Gestacionais: □ não □ sim Precisar:_____
- Obstétricas: □ não □ sim Precisar:_____
- Neonatais: □ não □ sim hipoglicemia □ infecção □

  micropênis □ icterícia □

  criptorquidia □ convulsão □

  hipóxia □

  outras: _____

_____
Carimbo e assinatura do médico

3) DADOS CLÍNICO-LABORATORIAIS

	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta
DATA			
IDADE			
PESO			
ESTATURA			
PA			
Circ. abdominal			

Comentários adicionais (de forma objetiva)

- Aspectos psicossociais: _____
- Patologias associadas: _____
- Alterações ao exame físico: _____

EXAMES LABORATORIAIS (anexar cópias)

A) Hemograma:_____

Glicemia:_____Uréia:_____ Creatinina:_____
Cálcio:_____Fósforo:_____ F. alcalina:_____
Prot. Totais:_____Albumina:_____ Col. Total:_____
HDL _____LDL_____ TG _____
PCR-US (se possível) _____ Insulina _____
B) Avaliação tireoidiana e adrenal (exame recente < 90 dias)

T4 livre: _____TSH: _____

Cortisol: _____ACTH (se possível) _____

C) Ecocardiograma

_____
_____
_____

D) Bioimpedância

_____
_____
_____

E) Densitometria óssea

_____

_____

_____

_____

Carimbo e assinatura do médico

1. Avaliação somatotrófica

Teste	Data	Método	Estímulo	GH basal	Pico GH	<Glicemia	IGF1
1							
2							

4) DIAGNÓSTICO

A) Deficiência de GH

□ familial Quem mais? _____

□ parcial □ completa

□ isolada □ associada: □ tireotrópica

□ corticotrópica

□ gonadotrópica

□ diabetes insípido

B) Etiologia

□ idiopática

□ orgânica: congênita □ Qual?_____

adquirida □ Qual?_____

C) Informações adicionais (anexar cópia dos laudos)

Rm de hipófise □ normal □ anormal □ não realizado
TC de hipófise □ normal □ anormal □ não realizado
Radioterapia □ não □ sim. Informar datas/doses/extensão
Quimioterapia □ não □ sim. Informar drogas/doses/duração
Neurocirurgia □ não □ sim. Informar data/complicações

D) Tratamento GH Recombinante

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE

____/20____

( ) Unidades /semana
( ) Unidades (x13) por trimestre

Carimbo e assinatura do médico
Telefone para contato:

Reservado – COMISSÃO MÉDICA - SESAB

□ Deferido □ Indeferido

□ Unidades por semana

□ Unidades (x13) por trimestre

□ Frascos de _____unidades por trimestre

1._____

2._____

3._____