

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada
Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA HIPERPROLACTINEMIA

Não serão aceitos formulários incompletos ou com rasuras

DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO E DADOS CLÍNICOS

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTO: _____

MEDICAMENTOS ASSOCIADOS: _____

USO DO MEDICAMENTO

DROGA:
INÍCIO DO TRATAMENTO:
DOSE:
INTERRUPÇÕES (motivo e duração):
EFEITOS COLATERAIS APRESENTADOS:
() NÁUSEAS E VÔMITOS
() TONTURAS
() CEFALÉIA
() DOR ABDOMINAL/OBSTIPAÇÃO
() ASTENIA
() DEPRESSÃO



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada
Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

EXAMES COMPLEMENTARES (anexar cópia)

PROLACTINA (01 DOSAGEM, DATA COLETA < 90 DIAS):
TC/RM a cada 2 anos (ANEXAR LAUDO):
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO PRESCRITO: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: _____

Anexar receita médica em 02 (duas) 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: _____