



ABERTURA DE PROCESSO

**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA
TRATAMENTO DE HIPERPROLACTINEMIA**

DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TELEFONE: _____

SERVIÇO: _____

DADOS CLÍNICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO _____

DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS _____

MEDICAÇÕES EM USO

a) Neurolepticos

b) Anti depressivos

c) Anti eméticos

d) Anti Hipertensivos

e) Outros

DOENÇAS SISTÊMICAS

() Hipotireoidismo

() Doença de Addison

() Convulsão tipo grande mal

- () Lesões ou Traumas da parede Torácica (Herpes Zooster, Cirurgia)
- () Lesões do Cordão Medular
- () Cirrose hepática
- () Insuficiência renal crônica
- () Produção ectópica de prolactina

QUADRO CLINICO

MULHERES	HOMENS
() Galactorréia	() Galactorréia
() Amenorréia	() Ginecomastia
() Oligomenorréia	() Diminuição de libido
() Infertilidade	() Impotência
() Diminuição Libido	() Infertilidade
() Dispareunia	() Osteoporose
() Osteoporose	() Sudorese excessiva
() Hirsutismo	() Crescimento extremidades/gigantismo
() Sudorese excessiva	
() Crescimento extremidades/gigantismo	

EXAMES LABORATORIAIS (Anexar cópias)

	DATA	RESULTADO
Prolactina (3 dosagens, com data de coleta até 90 dias)		
T4 livre		
TSH		
LH		
FSH		
ESTRADIOL (só para mulheres)		
TESTOSTERONA LIVRE (só para homens)		
GH (só para tumores mistos)		
CREATININA		

MÉTODOS DE IMAGEM (ANEXAR CÓPIAS DOS LAUDOS)

TC de hipófise	() normal	() anormal	() não realizado
RM de hipófise	() normal	() anormal	() não realizado
USG pélvica ou transvaginal (sexo fem, nos casos de TC/RM normais)	() normal	() anormal	() não realizado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: _____

- **Anexar receita médica em 03 (três) vias**

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

MEDICAÇÃO: _____

DOSE MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1: _____

2: _____

3: _____