



**PROTOCOLO PARA CONTINUAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE**

Não serão aceitos formulários incompletos ou com rasuras

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO E DADOS CLINICOS

Nome: _____

Nome da Mãe _____

Início do tratamento: _____

Medicamento: _____ Dose: _____

Interrupções (motivo, duração) _____

Peso _____ TA _____ DUM _____

Em relação aos motivos do uso do medicamento houve melhora?

Sim (graduar de 1 a 5) _____ Não _____

USG de controle Sim (anexar) _____

Não (outro exame) _____

Efeitos colaterais apresentados: (graduar de 0 a 3)

Hirsutismo _____ Acne _____ Fogacho _____ Secura vaginal _____

Cefaléia _____ Alteração mamárias _____ Alterações da libido _____

Depressão _____ Outros _____

Considerações do médico _____

Assinatura e carimbo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

- MEDICAÇÃO PRESCRITA:

- DOSE DIÁRIA PRETENDIDA:

Anexar receita médica em 03 (três) 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: _____