



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

**PROTOCOLO PARA CONTINUAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PARA TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS**

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 da medicação houve melhora? _____

Houve redução do tamanho do mioma? _____

USG de controle (anexar)

Efeitos colaterais apresentados: (graduar de 0 a 3)

Hirsutismo _____ Acne _____ Fogachos _____ Secura vaginal _____

Cefaléia _____ Alteração mamárias _____ Alterações da libido _____

Depressão _____ Outros _____

Considerações do médico assistente (justificar explicando detalhadamente o porquê da
continuação do tratamento)

Assinatura e carimbo