

**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 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA
TRATAMENTO DE MIOMAS UTERINOS**

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Nome da Mãe _____

DADOS CLINICOS

Peso _____ Altura _____ TA _____ Tempo de Doença _____

Sintomas : Dor: Intensa _____ Moderada _____ Discreta _____ Ausente _____

Sangramento : Intenso _____ Moderado _____ Discreto _____ Menstruação

normal _____ Infertilidade : Sim _____ Não _____

Anemia : sim _____ não _____ Hb _____ Ht _____ (data _____)

Outros sintomas; _____

Menarca _____ Última menstruação: ____/____ Duração: _____ dias. Fluxo ____/4+.

Cólicas : sim. _____ não _____ Coágulos : sim _____ não _____

1° C S _____ Nº de parceiros _____ Nº de gestações _____

Nº de abortos _____ Partos naturais _____ Partos cesáreos _____

Nº de filhos vivos _____ Data do último parto _____

Cirurgias anteriores _____

Doenças pré existentes _____

Medicações em uso (todas)



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

USG transvaginal/pélvica – anexar laudo (obrigatório) (até 3 meses) _____

Mamografia – anexar laudo (obrigatório para pacientes acima de 36 anos) _____

Colposcopia – anexar laudo (obrigatório) _____

Colpocitologia - anexar laudo (obrigatório) _____

Histeroscopia – anexar laudo _____

Histerossalpingografia – anexar laudo _____

Hemograma com validade até 30 dias (se volume uterino < 200 m³) _____

Densitometria óssea a partir de 40 anos _____

Considerações do médico assistente (o médico deverá fazer uma explanação sobre o caso, justificar a necessidade do uso da medicação e dizer qual vai ser o seguimento da paciente)

Assinatura e Carimbo



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO PRESCRITO: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: _____

Anexar receita médica em 03 (três) vias

Carimbo e assinatura do médico

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

MEDICAMENTO: _____

DOSE MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1: _____

2: _____

3: _____