



ABERTURA DE PROCESSO

**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA
TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE
PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016**

DATA ___/___/___

Nome do Paciente _____
Sexo: _____ Estado Civil: _____ Reg. ou ident.: _____
End.: _____
Data de Nascimento: _____ Tel.: _____
Médico Responsável: _____ CRM _____
Serviço: _____ Tel.: _____

DADOS CLÍNICOS:

Peso: _____ Altura: _____ TA: _____

Tempo da doença: _____

Sintomas: Dor Intensa Moderada Discreta
Sangramento Intenso Moderado Discreto
Infertilidade há _____ anos

Outros sintomas: _____

Menarca: _____ última menstruação ___/___/___ Duração: _____ Fluxo ___/___

Cólicas: Sim Não Coágulos: Sim Não

1º CS _____ Nº Parceiros _____

Nº de Gestações _____ Nº de abortos _____

Nº de Partos Nat. _____ Cesáreos _____ Filhos Vivos _____

Doenças Pré Existentes: _____

Tireoidopatia _____

Cirurgias Anteriores: _____

Contra- indicação à cirurgia Sim Não

Qual _____

Tratamentos Anteriores

Qual _____

Duração: _____



EXAMES COMPLEMENTARES

USG (S) transvaginal (is) – anexar laudo (s) (obrigatório) _____

Mamografia – anexar laudo (obrigatório para pacientes acima de 35 anos) _____

Colposcopia – anexar laudo (obrigatório) _____

Colpocitologia - anexar laudo (obrigatório) _____

Histeroscopia – anexar laudo _____

Histerossalpingografia – anexar laudo _____

Laparoscopia – anexo laudo _____

Ca 125 – anexar laudo _____

Ca 19-9 – anexar laudo _____

Considerações do médico assinante: (Opcional) _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO PRESCRITO: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: _____

Assinatura e carimbo do médico assistente