



**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