



ABERTURA DE PROCESSO

FORMULÁRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DO HIPOPARATIREOIDISMO

Data: ____/____/____

Nome completo do paciente _____

Nome da mãe _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tels. _____

Médico assistente: _____ CRM: _____ UF: _____

Serviço: _____ Tel.: _____

Diagnóstico

Etiologia:

☐ Cirúrgico:

Procedimento cirúrgico _____

☐ Idiopático

☐ Isolado

☐ Associado a condições auto- imunes

☐ Funcional

☐ Adquirido

☐ infiltração da paratireóide

☐ lesão por radioterapia

☐ lesão por iodo radioativo

☐ Condições neonatais

☐ hipocalcemia neonatal

☐ hipoparatireoidismo secundário

Quadro clínico

☐ Fotofobia

☐ Irritabilidade

☐ Ansiedade

☐ Lassidão

☐ Perda de memória

☐ Visão turva

☐ Visão dupla

☐ Dispnéia

☐ Parestesias

☐ Tetania

☐ Convulsões

☐ Catarata

☐ Sinal de Chvostek

☐ Sinal de Trousseau

☐ Sinais extras piramidais

☐ Câibras

☐ Diminuição da libido



Avaliação complementar (anexar xerox)

Cálcio sérico -
Fósforo sérico -
Magnésio sérico -
Proteínas totais e frações -
Cálcio ionizado (se possível) -
Paratormônio (se possível) -

EVOLUÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE COM HIOPARATIREOIDISMO

EVENTO		DATAS	
Parestesias			
Tetania			
Convulsões			
Catarata			
Sinal de Chvostek			
Sinal de Trousseau			
Sinais extra piramidais			
Visão dupla			
Dispneia			
Fotofobia			
Catarata			
Ansiedade			
Lassidão			
Perda da memória			
Irritabilidade			
Diminuição da libido			



CONTROLE LABORATORIAL

EXAME	DATAS					
Cálcio sérico						
Fósforo						
Magnésio						
Parathormônio						
Cálcio ionizado						

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: _____

- Anexar receita médica em 02 (duas) vias

Carimbo e assinatura do médico assistente _____

Telefone para contato _____

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

MEDICAÇÃO: _____

DOSE MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1: _____

2: _____

3: _____