



FORMULÁRIO DE CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO PELO GH - CRIANÇAS

DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS DO TRATAMENTO

Data de início do tratamento com GH: _____

Interrupção do tratamento com GH (motivo e período): _____

Tratamento associado (dose e data de início): _____

ÚLTIMA AVALIAÇÃO (< 60 DIAS)

Data _____ Idade (anos e meses) _____ Estágio puberal (Tanner) _____

Estatura(cm) _____ Estatura(desvio padrão) _____ Peso _____

Idade óssea _____ (anexar radiografia identificada e laudo)

IGF-1 (se possível) _____

TSH _____ T4L _____ (anexar cópia dos exames)

Glicemia _____ Hemograma _____

TRATAMENTO COM GH RECOMBINANTE

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE () Unidades/semana

- 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 ()

() Unidades/semana () Unidades (x 13) por trimestre

() Frascos de _____ unidades por trimestre

Carimbo e assinatura do médico avaliador

____ / ____ / ____
DATA