



**FORMULÁRIO PARA ACESSO A
HORMÔNIO DO CRESCIMENTO – PACIENTE ADULTO**
(Segundo PORTARIA CONJUNTA Nº 28, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2018)

DATA: ____ / ____ / ____

CID 10: E23.0

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS LABORATORIAIS (Deverão ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)

Teste de estímulo com insulina	Data	GH basal do teste	Pico de GH	Glicemia do teste (<40)

EXAME LABORATORIAIS até 90 dias (anexar cópias)

A) Avaliação Somatotrófica e tireotrófica:

IGF-1: _____ T4 livre: _____ TSH: _____

B) Exames Gerais

Glicemia: _____ Col.total: _____ HDL: _____ TG: _____

C) Avaliação Corticotrófica

ACTH (se possível): _____ Cortisol : _____

D) Avaliação Gonadotrófica: Ciclos menstruais regulares ☐ Sim ☐ Não

LH: _____ FSH: _____ Testosterona (Sexo Masculino): _____ Estradiol (Sexo Feminino): _____

EXAMES ADICIONAIS (Anexar laudo)

A) RM DE HIPÓFISE () não realizada () normal () anormal: _____

B) Densitometria Óssea () não realizada () normal () anormal: _____



DIAGNÓSTICO

A) Deficiência de GH

- () Familiar Quem mais? _____
() Isolada () Associada () Tireotrópica
() Corticotrópica
() Gonadotrópica
() Diabetes insipidus

B) Etiologia da deficiência de GH:

- () Persistência da Deficiência de GH iniciada na infância, comprovada por exames;
() Presença de lesão da região hipotálamo-hipofisária surgida na vida adulta:
() Tumor () Irradiação () Trauma () Neurocirurgia () Doença inflamatória ou infecciosa.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Radioterapia: () não () sim (anexar relatório com doses, duração e extensão): _____

Neurocirurgia () não () sim (Informar data/complicações) _____

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