

## FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE PUBERDADE PRECOCE

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, de 27 de JULHO de 2022.

Obs.: O preenchimento deste formulário não é obrigatório. Caso prefira, o médico poderá descrever em relatório médico a presença de critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão (conforme PCDT da Puberdade Precoce Central).

### IDENTIFICAÇÃO

#### DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ Estatura da mãe: \_\_\_\_\_  
NOME DO PAI: \_\_\_\_\_ Estatura do pai: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ☐ F ☐

#### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: \_\_\_\_\_  
SERVIÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS

MENINAS: Telarca ☐ não ☐ sim quando (idade): \_\_\_\_\_  
Pubarca ☐ não ☐ sim quando (idade): \_\_\_\_\_  
Menarca ☐ não ☐ sim quando (idade): \_\_\_\_\_

MENINOS: Aumento do volume testicular ☐ não ☐ sim quando (idade): \_\_\_\_\_  
Pubarca ☐ não ☐ sim quando: \_\_\_\_\_

DADOS DO NASCIMENTO: IDADE GESTACIONAL: \_\_\_\_\_  
PESO AO NASCER: \_\_\_\_\_  
COMPRIMENTO AO NASCER: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES FAMILIARES DE PUBERDADE PRECOCE EM PARENTES DE PRIMEIRO GRAU

☐ não ☐ sim Quem? \_\_\_\_\_

IDADE MENARCA DA MÃE: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS AO DESENCADEAMENTO DA PUBERDADE:

☐ não ☐ sim Quais? \_\_\_\_\_

|                                   | 1ª consulta | 2ª consulta | Última consulta |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| DATA                              |             |             |                 |
| ESTATURA                          |             |             |                 |
| PESO                              |             |             |                 |
| IDADE                             |             |             |                 |
| IDADE ÓSSEA                       |             |             |                 |
| ESTÁGIO PUBERAL (Tanner)          |             |             |                 |
| VOLUME TESTICULAR (Meninos) em ml |             |             |                 |
| PREDIÇÃO ESTATURA FINAL           |             |             |                 |

ANEXAR CÓPIA DA CURVA DE CRESCIMENTO e ÚLTIMA IDADE ÓSSEA (<90 dias, identificada c/ laudo)

DADOS LABORATORIAIS (Anexar cópias)

FSH basal: Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
LH basal: Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
Estradiol basal (meninas): Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
Testosterona basal (meninos): Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
17OHP (na Hiperplasia Adrenal Congênita -HAC): Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
Androstenediona (na HAC): Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
TSH: Valor: \_\_\_\_\_ (data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

USG pélvica (F) : \_\_\_\_\_

RM de HIPÓFISE/SNC: ☐ não realizada ☐ normal ☐ anormal, descrever: \_\_\_\_\_

RADIOTERAPIA ☐ não ☐ sim. Informar indicação, datas, doses, extensão: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS

PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

☐ IDIOPÁTICA

☐ ORGÂNICA secundária a \_\_\_\_\_

TEMPO PREVISTO DE TRATAMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico assistente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: Deferido ( ) Indeferido ( )

MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_ DOSE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico avaliador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA