

FORMULÁRIO DE CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO PARA PUBERDADE PRECOCE

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

IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS DO TRATAMENTO

INÍCIO DO GnRH: _____ TRATAMENTO ASSOCIADO: _____

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO (DURAÇÃO E MOTIVO): _____

DADOS CLÍNICOS (ÚLTIMA AVALIAÇÃO CLÍNICA ≤ 30 DIAS)

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

IDADE (anos e meses): _____

ESTÁGIO PUBERAL (Tanner): _____. VOLUME TESTICULAR (meninos): _____

ESTATURA (cm): _____ ESTATURA (desvio padrão): _____ PESO (Kg) _____

EXAMES COMPLEMENTARES (≤30 DIAS - ANEXAR CÓPIA DOS EXAMES)

IDADE ÓSSEA _____ (ANEXAR RADIOGRAFIA OU FOTO LEGÍVEL IDENTIFICADA COM LAUDO)

- Realizar a cada **12 meses** para crianças com idade **inferior a 8 anos**

- Realizar a cada **6 meses** para crianças com idade **superior ou igual a 8 anos**

LH: Valor: _____ (data: ____/____/____)

FSH: Valor: _____ (data: ____/____/____)

ESTRADIOL (Meninas): Valor: _____ (data: ____/____/____)

TESTOSTERONA (Meninos): Valor: _____ (data: ____/____/____)

ANDROSTENEDIONA*: Valor: _____ (data: ____/____/____)

* Realizar apenas nos casos de Hiperplasia Adrenal Congênita – HAC

DURAÇÃO PREVISTA DE TRATAMENTO: _____

Carimbo e assinatura do médico assistente

_____/_____/_____
DATA

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

Indeferido ()

MEDICAÇÃO DISPENSADA _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador

_____/_____/_____
DATA