

**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE
DIABETES INSÍPIDUS**

DATA: ____ / ____ / ____

PROCESSO Nº ____

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Nome da Mãe: _____

2) DADOS CLÍNICOS:

DATA DO DIAGNÓSTICO: ____ / ____ / ____

PRINCIPAIS PROVAS DIAGNÓSTICAS (clínico laboratoriais):

Teste de privação

☐ realizado

☐ não realizado

Teste terapêutico

☐ sim

☐ não

TC de crânio

☐ não realizado

☐ normal

☐ anormal.

Achados: _____

RM de Crânio

☐ não realizado

☐ normal

☐ anormal.

Achados: _____

(Anexar cópias dos laudos)

Carimbo e assinatura do médico

- ☐ familiar. Quem mais? _____
☐ idiopático
☐ orgânico secundário à _____

TRATAMENTO:

Dose prescrita: _____

Nº de frascos por semestre _____

Carimbo e assinatura do médico
Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - CEDEBA

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO:

☐ deferido ☐ indeferido:

Nº de frascos por semestre: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1: _____

2: _____

3: _____