

Formulário de Orientações aos Pacientes de Puberdade Precoce
CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO

NOME DO PACIENTE: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

PERÍODO DE DEFERIMENTO: _____

ATENÇÃO: O medicamento para uso Trimestral deve ser aplicado a cada 12 semanas
(intervalo de 84 dias entre as 02 aplicações)

Documentos Necessários:

- () Laudo de Solicitação de medicamentos - LME
- () Formulário De Continuação Preenchido, Assinado, Datado E Carimbado Pelo Médico Assistente (disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/patologia/puberdade-precoce/>)
- () Receita original em duas vias, datada e escrita com o nome genérico do medicamento.

APRESENTAR CÓPIA DOS EXAMES ABAIXO:

- () LH
- () FSH
- () Raio X De Idade Óssea (Laudo e imagem)
- () Estradiol (Se Menina)
- () Testosterona (Se Menino)

IMPORTANTE: Pacientes de **Puberdade Precoce** em uso de análogos de GnRH de **aplicação TRIMESTRAL** devem providenciar os documentos de continuação de tratamento (**exames e avaliação clínica**) após 45 dias da última aplicação.

Os documentos para continuação de tratamento devem ser entregues de 20 a 30 dias antes da 1ª aplicação referente ao próximo período a ser deferido.

- ✓ **A validade dos exames é de 30 dias.**
- ✓ Renovação semestral
- ✓ Medicamentos: Goserelina 3,6 e 10,8mg e Leuprorrelina 3,75 e 11,25mg

Ciente,

Responsável pelo paciente

Data ____/____/____