



**FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS
PARA TRATAMENTO DA SINDROME DE TURNER**

Não serão aceitos formulários incompletos ou com rasuras

PACIENTE : _____

Nome da Mãe: _____

Diagnóstico principal: _____

Início do GH _____ Tratamento associado _____

Interrupção (motivo/duração): _____

ÚLTIMA AVALIAÇÃO :

Data: _____ Idade (anos e meses): _____

Estatura (cm): _____ Peso: _____

Estágio puberal (Tanner): _____

Idade óssea (anexar radiografia identificada com laudo) : _____

TSH: _____

T 4 L: _____

Glicemia: _____

Hemograma: _____

(anexar cópia dos exames)

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE : _____ / _____

unidades / semana

unidades (x 13) por trimestre

Carimbo e assinatura do médico



Governo do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB
Diretoria de Assistência Farmacêutica - DASF
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO:

Deferido () Inferido ()

MEDICAMENTO: _____

DOSE

MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1. _____

2. _____

3. _____