



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA SÍNDROME DE TURNER

DATA: ____ / ____ / ____ PROCESSO Nº ____

1) IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

(Anexar cópia do RG ou Certidão de Nascimento do paciente)

2) DADOS PESSOAIS

Local do nascimento: Hospitalar ☐ Domiciliar ☐
Assistência ao parto: médico ☐ parteira ☐ curiosa ☐
Tipo de parto: cefálico ☐ pélvico ☐ fórceps ☐ cesáreo ☐
Peso: _____ Comprimento: _____ Idade gestacional: _____

Complicações:

• Gestacionais: ☐ não ☐ sim Precisar: _____

• Obstétricas: ☐ não ☐ sim Precisar: _____

• Neonatais: ☐ não ☐ sim hipoglicemia ☐ infecção ☐

micropênis ☐ icterícia ☐

criptorquidia ☐ convulsão ☐

hipóxia ☐

outras: _____

Carimbo e assinatura do médico



3) DADOS CLÍNICO-LABORATORIAIS

	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta
DATA			
IDADE			
PESO			
ESTATURA			
PA			
Circ. abdominal			

Comentários adicionais (de forma objetiva)

- Aspectos psicossociais: _____
- Patologias associadas: _____
- Alterações ao exame físico: _____

EXAMES LABORATORIAIS (anexar cópias)

A) Hemograma: _____

Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____
Cálcio: _____ Fósforo: _____ F. alcalina: _____
Prot. Totais: _____ Albumina: _____ Col. Total: _____
HDL _____ LDL _____ TG _____
PCR-US (se possível) _____ Insulina _____

B) Avaliação tireoidiana e adrenal (exame recente < 90 dias)

T4 livre: _____ TSH: _____

Cortisol: _____ ACTH (se possível) _____

X) Ecocardiograma

Δ) Bioimpedância



E) Densitometria óssea

Carimbo e assinatura do médico

1. Avaliação somatotrófica

Teste	Data	Método	Estímulo	GH basal	Pico GH	<Glicemia	IGF1
1							
2							

4) **DIAGNÓSTICO**

A) Deficiência de GH

- ☐ familiar Quem mais? _____
- ☐ parcial ☐ completa
- ☐ isolada ☐ associada: ☐ tireotrópica
- ☐ corticotrópica
- ☐ gonadotrópica
- ☐ diabetes insípido

B) Etiologia

- ☐ idiopática
- ☐ orgânica: congênita ☐ Qual? _____
- adquirida ☐ Qual? _____

C) Informações adicionais (anexar cópia dos laudos)



Rm de hipófise	☐ normal	☐ anormal	☐ não realizado
TC de hipófise	☐ normal	☐ anormal	☐ não realizado
Radioterapia	☐ não	☐ sim. Informar datas/doses/extensão	
Quimioterapia	☐ não	☐ sim. Informar drogas/doses/duração	
Neurocirurgia	☐ não	☐ sim. Informar data/complicações	

D) Tratamento GH Recombinante

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE

____/20____

- () Unidades /semana
() Unidades (x13) por trimestre

Carimbo e assinatura do médico
Telefone para contato:

Reservado – COMISSÃO MÉDICA - SESAB

- ☐ Deferido ☐ Indeferido
☐ Unidades por semana
☐ Unidades (x13) por trimestre
☐ Frascos de _____ unidades por trimestre

1. _____
2. _____
3. _____