



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**SAFTEC**)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (**DASF**)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**COAFE**)

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA HIPERPROLACTINEMIA

DATA: ____ / ____ / ____

CID 10: _____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

ETIOLOGIA

- () Gestação/ amamentação
() Uso de medicamentos
() Hiperprolactinemia idiopática
() Adenomas de Hipófise
() Outros _____

DADOS CLÍNICOS

- () Galactorreia
() Amenorreia
() Oligomenorreia
() Diminuição da libido
() Infertilidade
() Anormalidades do campo visual
() Hipopituitarismo
() Ginecomastia
() Disfunção erétil

Uso prévio de agonista dopaminérgico: () Não () Sim (qual, dose) _____
Se sim, ainda em uso? () Não Sim

Informar valor da PROLACTINA pré-tratamento: _____

EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS DOS LAUDOS)

TSH:	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
TGO/TGP:	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
CREATININA:	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
PROLACTINA (02 exames):	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
FSH (mulher acima de 50 anos)	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
βHCG (mulher em idade fértil)	Valor: _____	(data: ____ / ____ / ____)
TC de hipófise:	() Normal () Anormal	(data: ____ / ____ / ____)
ou		
RNM de hipófise:	() Normal () Anormal	(data: ____ / ____ / ____)



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde **(SAFTEC)**
Diretoria de Assistência Farmacêutica **(DASF)**
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada **(COAFE)**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE SEMANAL PRETENDIDA: _____

- **Anexar receita médica em 02 (DUAS) vias**

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

MEDICAÇÃO: _____ DOSE MENSAL: _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador

____/____/____
DATA