



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ACNE GRAVE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: ☐ F ☐ M
3	INFORMAR A CLASSIFICAÇÃO E O GRAU DA ACNE: _____ DESCREVER DETALHADAMENTE AS CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES APRESENTADAS PELO PACIENTE: _____ _____ _____
4	INFORMAR SE O PACIENTE FEZ TRATAMENTO PRÉVIO: ☐ SIM ☐ NÃO Se “Sim”, informar medicamento(s), dose diária e tempo de tratamento. _____ _____ _____ _____
5	PARA PACIENTE MENOR DE 15 ANOS, INFORMAR ACOMPANHAMENTO ESPECIAL. _____ _____ _____
6	PARA PACIENTE DO SEXO FEMININO, EM IDADE FÉRTIL, INFORMAR O(S) MÉTODO(S) CONTRACEPTIVO(S) EM USO E A RESPECTIVA DATA DE INÍCIO. _____ _____ _____
7	DA SOLICITAÇÃO DE ISOTRETINOÍNA, INFORMAR: Dose diária: _____ Dose cumulativa: _____ Tempo de duração do tratamento (meses): _____
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico