



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM ADULTOS SOLICITAÇÃO INICIAL

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>SEXO:</b> _____ <b>IDADE:</b> _____
3	<b>DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> Relato completo comprovando a deficiência prévia, se houver. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	<b>INFORMAR TRATAMENTOS PRÉVIOS:</b> _____ _____ _____ _____ _____
5	<b>INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO E TEMPO DE TRATAMENTO:</b> _____ _____ _____ _____
6	<b>DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES:</b> IGF- 1: _____ DATA: _____ GLICOSE: _____ DATA: _____ PERFIL LIPÍDICO: _____ DATA: _____ DENSITOMETRIA: _____ DATA: _____



<b>7</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>8</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 26/02/2021

#### **ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA**

O(A) paciente vai utilizar \_\_\_\_ UI de Somatropina \_\_\_\_ UI/Frasco, que equivale a \_\_\_\_ mL ou \_\_\_\_ unidades na seringa de insulina, \_\_\_\_ vezes por semana.

#### **Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:**

Volume a ser aplicado em mL =  $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM ADULTOS MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (ANUAL)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	SEXO: _____ IDADE: _____
3	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____
4	<b>DADOS DAS CONSULTAS ANTERIORES:</b> IGF- 1: _____ DATA: _____ GLICOSE: _____ DATA: _____ PERFIL LIPÍDICO: _____ DATA: _____ DENSITOMETRIA: _____ DATA: _____ <b>Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.</b>
5	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____
6	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 26/02/2021

### ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar \_\_\_\_\_ UI de Somatropina \_\_\_\_\_ UI/Frasco, que equivale a \_\_\_\_\_ mL ou \_\_\_\_\_ unidades na seringa de insulina, \_\_\_\_\_ vezes por semana.

#### Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL =  $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$