



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETE INSÍPIDO

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>ASSINALE O DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:</b> <input type="checkbox"/> DIABETE INSÍPIDO CENTRAL <input type="checkbox"/> DIABETE INSÍPIDO GESTACIONAL <input type="checkbox"/> DIABETE INSÍPIDO NEFROGÊNICO
3	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA</b> (Descrição detalhada da história clínica, evolução da doença e os sinais e sintomas apresentados pelo paciente): _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	<b>O PACIENTE FOI SUBMETIDO AO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO HIPOTALÂMICO-HIPOFISÁRIA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Se SIM, detalhar o que foi constatado:</b> _____ _____ _____ _____
5	<b>O PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Se SIM, informar medicamentos prescritos e tempo de uso:</b> _____ _____ _____ _____ _____
6	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> _____ _____ _____
7	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>