



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – PTIRÍASE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 TRATAMENTOS PRÉVIOS (DETALHAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E CONTRAINDICAÇÕES): _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Insuficiência hepática grave; ☐ Insuficiência renal grave; ☐ Gestação, lactação e concepção; ☐ Hipertrigliceridemia grave; ☐ Etilismo.
4	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico