



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
3	ASSINALAR O CARIÓTIPO: <input type="checkbox"/> 45X; 45X/46XX OU 45X/46XY <input type="checkbox"/> 45X/46X + anel ou marcador; 45X com virilização
4	SE CARIÓTIPO 45X/46X + ANEL OU MARCADOR; 45X COM VIRILIZAÇÃO, REALIZOU PCR PARA CROMOSSOMO Y PARA AFASTAR RISCO DE GONADOBLASTOMA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Justifique: _____ _____ _____ _____
5	PESO ATUAL: _____ kg ALTURA ATUAL: _____ cm
6	IDADE CRONOLÓGICA: _____ IDADE ÓSSEA: _____
7	PRESSÃO ARTERIAL CONTROLADA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	PERCENTIL DA ALTURA: _____ (Escala OMS até 5 anos; Acima de 5 anos escala NCHS)  <p><b>Peso por Idade MENINAS</b> Do nascimento aos 5 anos (percentis)</p> <p>Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<a href="http://www.who.int/childgrowth/en/">http://www.who.int/childgrowth/en/</a>)</p>



9	<b>MARQUE SE O PACIENTE POSSUI ALGUMA DAS COMORBIDADES ABAIXO:</b>  <input type="checkbox"/> Doença neoplásica maligna ativa; <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica; <input type="checkbox"/> Doença aguda grave, isto é, que necessite internação e tratamento parenteral ou nada por via oral (npo) ou tratamento em unidade de terapia intensiva (uti); <input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana benigna; <input type="checkbox"/> Retinopatia diabética proliferativa ou pré proliferativa; <input type="checkbox"/> Possibilidade de malformações cardíacas.
10	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>  _____ _____ _____
11	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>

Atualizado em 04/11/2025

**CONFORME PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 01 DE AGOSTO DE 2025: “A MAIORIA DAS PACIENTES COM SÍNDROME DE TURNER NECESSITAM DE INDUÇÃO DE PUBERDADE COM TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE ESTRÓGENO E PROGESTERONA PARA ALCANÇAR A TELARCA, MATURAÇÃO UTERINA E PICO DE MASSA ÓSSEA. ”**

**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 – SÍNDROME DE TURNER MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME DO PACIENTE: _____																
2	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____																
3	DURANTE ESTA ÚLTIMA COTA DO GH, A MÉDIA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI DE: _____ CM/ ANO.																
4	<p><b>DADOS DA ÚLTIMA CONSULTA:</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>DADOS</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>Idade Cronológica</td><td></td></tr><tr><td>Altura em cm</td><td></td></tr><tr><td>Idade óssea (anual)</td><td></td></tr><tr><td>Glicose (anual)</td><td></td></tr><tr><td>IGF-1 (anual)</td><td></td></tr><tr><td>TSH (anual)</td><td></td></tr><tr><td>Pressão arterial</td><td></td></tr></tbody></table> <p>Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.</p>	DADOS		Idade Cronológica		Altura em cm		Idade óssea (anual)		Glicose (anual)		IGF-1 (anual)		TSH (anual)		Pressão arterial	
DADOS																	
Idade Cronológica																	
Altura em cm																	
Idade óssea (anual)																	
Glicose (anual)																	
IGF-1 (anual)																	
TSH (anual)																	
Pressão arterial																	
5	<p><b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
6	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <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 =  $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$