



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER SOLICITAÇÃO INICIAL

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ____ / ____ / ____
3	<b>ASSINALAR O CARIÓTIPO:</b> <input type="checkbox"/> 45X; 45X/46XX OU 45X/46XY <input type="checkbox"/> 45X/46X + anel ou marcador; 45X com virilização
4	<b>SE CARIÓTIPO 45X/46X + ANEL OU MARCADOR; 45X COM VIRILIZAÇÃO, REALIZOU PCR PARA CROMOSSOMO Y PARA AFASTAR RISCO DE GONADOBLASTOMA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Justifique:</b> _____ _____ _____
5	<b>PESO ATUAL:</b> _____ kg <b>ALTURA ATUAL:</b> _____ cm
6	<b>IDADE CRONOLÓGICA:</b> _____ <b>IDADE ÓSSEA:</b> _____
7	<b>PRESSÃO ARTERIAL CONTROLADA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	<b>PERCENTIL DA ALTURA:</b> _____ (Escala OMS até 5 anos; Acima de 5 anos escala NCHS)

**Peso por Idade MENINAS**  
Do nascimento aos 5 anos (percentis)

Ministério da Saúde

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)



9	<p><b>MARQUE SE O PACIENTE POSSUI ALGUMA DAS COMORBIDADES ABAIXO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Doença neoplásica maligna ativa;</li><li><input type="checkbox"/> Anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica;</li><li><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);</li><li><input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana benigna;</li><li><input type="checkbox"/> Retinopatia diabética proliferativa ou pré proliferativa;</li><li><input type="checkbox"/> Possibilidade de malformações cardíacas.</li></ul>
10	<p><b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
11	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____ Médico</p>

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 SOMATROPIN**

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 = Volume total do frasco cheio em mL × Quantidade de UI em cada aplicação  
Quantidade de UI total do frasco



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER  
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO**

1	<b>NOME DO PACIENTE:</b> _____																
2	<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ____/____/_____ <b>IDADE:</b> _____																
3	<b>DURANTE ESTA ÚLTIMA COTA DO GH, A MÉDIA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI DE: _____ CM/ANO.</b>																
4	<b>DADOS DA ÚLTIMA CONSULTA:</b> <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	<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 SOMATROPIN**

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 = Volume total do frasco cheio em mL × Quantidade de UI em cada aplicação  
Quantidade de UI total do frasco