



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ENDOMETRIOSE

|   |  |
|---|--|
| 1 | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____  |
| 2 | <b>IDADE DA PACIENTE:</b> _____  |
| 3 | <b>INFORMAÇÕES SOBRE A PACIENTE:</b><br><br>Lactante <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br>Fez tratamento prévio <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br><br>Caso tenha marcado “SIM” para o Tratamento Prévio, informar o(s) medicamento(s) usado(s) e o tempo de tratamento:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |
| 4 | <b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |
| 5 | <b>INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b><br><br>Sangramento Genital de origem desconhecida <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br>Disfunção Hepática <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br>Disfunção Renal <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br>Disfunção Cardíaca Grave <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span><br>Doença Tromboembólica Ativa ou Histórico de Trombose <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span> |
| 6 | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e carimbo: _____<br><div style="text-align: right;">Médico</div>   |