



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ENDOMETRIOSE

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