



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HIPERPROLACTINEMIA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>INFORMAR MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	<b>INFORMAÇÕES SOBRE O(A) PACIENTE:</b>  <b>Fez tratamento medicamentoso prévio?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Caso tenha marcado “SIM”, informar o(s) medicamento(s) usado(s) e o tempo de tratamento: _____ _____ _____ _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-top: 10px;"><p>Para pacientes atualmente em tratamento medicamentoso, além do exame de Prolactina recente (validade 3 meses), também deve ser apresentado exame de Prolactina realizado anteriormente ao início do tratamento, ou ainda um resultado que comprove nível de Prolactina maior que o limite superior da normalidade, de acordo com o método de dosagem utilizado.</p></div>
4	<b>É GESTANTE OU LACTANTE?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>