



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HIPERPROLACTINEMIA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	INFORMAR MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INFORMAÇÕES SOBRE O(A) PACIENTE: Fez tratamento medicamentoso prévio? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso tenha marcado “SIM”, informar o(s) medicamento(s) usado(s) e o tempo de tratamento: _____ _____ _____ _____ _____
	<p style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">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>
4	É GESTANTE OU LACTANTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico