



FORMULÁRIO PADRONIZADO - ACNE GRAVE

Nome do paciente: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Peso: _____

- Informar a Classificação e o grau da acne:

- Descrever detalhadamente as características das lesões apresentadas pelo paciente:

Informar antibióticos sistêmicos utilizados e tempo de uso:

1. Medicamento: _____ tempo de uso: _____

2. Medicamento: _____ tempo de uso: _____

3. Medicamento: _____ tempo de uso: _____

Em relação ao medicamento isotretinoína 20mg, informar:

Dose Diária	Dose Cumulativa	Tempo de tratamento
_____mg	_____mg	_____meses

Para paciente do sexo feminino, em idade fértil, informar o(s) método(s) contraceptivo(s) em uso e a respectiva data de início.

1. Método: _____ Data de início: _____

2. Método: _____ Data de início: _____

3. Paciente não faz uso, justificar: _____

Data: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE