



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SOMATROPINA – FORMULÁRIO PARA AUMENTO DE DOSE CRIANÇAS

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Data do início do tratamento (mês/ano): ____/____ CID: _____

DADOS DAS TRÊS ÚLTIMAS AVALIAÇÕES MÉDICAS:

Data da Consulta	Idade	Estatura	Peso	Velocidade de Crescimento	Tanner
1 / /					
2 / /					
3 / /					

RESULTADOS DOS ÚLTIMOS EXAMES REALIZADOS PARA AJUSTE DE DOSE:

Data do Exame	Exame	Resultado	Valor de referência
/ /	IGF-1		
/ /	T4 livre		
/ /	Idade Óssea		NÃO SE APLICA
Outros Exames:		Obs: colocar exames de controle caso haja outras medicações em uso	
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

MEDICAÇÕES EM USO:

OUTRAS MEDICAÇÕES EM USO / DOSE:

--

SOMATROPINA

Dose atual (u/kg/dia):

Número de frascos/mês:

Dose solicitada (u/kg/dia):

Número de frascos/mês:

Justificativa do aumento / observações:

--

Assinatura e carimbo do médico solicitante:

Data: ____/____/____