GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FORMULÁRIO PADRONIZADO

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Leiomioma de Útero
Portaria conjunta nº 11, de 31 de outubro de 2017

Paciente:_____

- Descrição clínica do sinais e sintomas:

Em caso de prorrogação do tratamento informar sintomatologia que ateste permanência ou recidiva dos sintomas e avaliação do risco para osteoporose.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Justificar a contraindicação para procedimento cirúrgico curativo:

_____

_____

_____

_____

_____

- Tempo de tratamento previsto:

( ) três meses ( ) seis meses ( ) outros: _____ meses

Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura e carimbo do médico ginecologista