



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
PUBERDADE PRECOCE CENTRAL**  
Portaria SAS/MS nº 03 de 08/06/2017



**Este Formulário somente será avaliado com o completo preenchimento dos dados solicitados.**

**1) Identificação**

Nome:	
Data nascimento:        /        /	Idade:                      Data preenchimento:        /        /
Mãe ou responsável:	
CPF do paciente:	
Município:	Telefone:

**2) Assinalar os critérios para definição de puberdade precoce central:**

**A) Meninas:**

<input type="checkbox"/>	Telarca antes dos 8 anos
<input type="checkbox"/>	Telarca + pubarca antes dos 8 anos
<input type="checkbox"/>	Menarca antes dos 9 anos e 6 meses

**B) Meninos:**

<input type="checkbox"/>	Volume testicular > 4cm <sup>3</sup> , ou testículo > 2,5cm (maior diâmetro), antes dos 9 anos.
<input type="checkbox"/>	Pubarca + volume testicular > 4cm <sup>3</sup> , antes dos 9 anos

**3) Dados referentes aos pais:**

Altura do pai:	
Altura da mãe:	
Idade da menarca da mãe:	
Casos de puberdade precoce na família?	Sim
( ) Não( )                      Descreva:	

**4) Dados do paciente:**

Peso nascimento:	
Altura nascimento:	
Desenvolvimento neuropsicomotor:	
Já faz uso de análogo?	Data início:

**5) RX de punhos e mãos para idade óssea: enviar laudo e o filme (RX)**

Idade óssea =	Idade cronológica =
---------------	---------------------

**6) Ultrassonografia pélvica**

Data:	
Volume uterino =	cm <sup>3</sup>
Ovário direito =	cm <sup>3</sup>
Ovário esquerdo =	cm <sup>3</sup>
Outros achados:	

### 7) Diagnóstico laboratorial

Teste GnRH	Teste análogo GnRH (3,75mg)
LH basal =	LH basal =
30' =	LH 2h após =
60' =	
Metodologia laboratorial:	
Estradiol =	
Testosterona =	

**No caso de Puberdade Limítrofe e/ou rapidamente progressiva, se possível, preencher com dados clínicos e laboratoriais de mais de uma consulta.**

**8) Tomografia axial computadorizada de crânio e/ou Ressonância magnética de crânio:** anexar laudo.

**9) Gráfico de crescimento:** Anexar ao Processo.

#### 10) Controle dos pacientes em uso de análogo LHRH:

- ✦ Idade óssea anual;
- ✦ LH 2 horas após aplicação de análogo a cada 6 meses ou se puberdade não bloqueada
- ✦ Dados antropométricos de 6 em 6 meses.

#### 11) Critérios para encerrar tratamento:

- ✦ Idade cronológica adequada para desenvolver puberdade e/ou estatura final dentro do potencial genético;
- ✦ Idade óssea **12,5 anos** para meninas;
- ✦ Idade óssea **13 anos** para meninos.

**OBS. Não será liberado análogo para pacientes que desenvolvem puberdade normal, mas que queiram retardá-la para tentar melhorar a estatura final.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Responsável

\_\_\_\_\_  
Local e Data