



AVALIAÇÃO CONTINUADA DE PUBERDADE PRECOCE CENTRAL



Nome:

Atenção: preencher no mínimo 1 (uma) consulta realizada.

	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta	5ª Consulta	6ª Consulta	7ª Consulta
Data							
Idade cronológica							
Idade óssea							
Peso							
Altura							
Velocidade crescimento							
Estágio puberal (mamas/testículos)							
Estágio puberal (pelos)							
Data do início do Análogo							

	8ª Consulta	9ª Consulta	10ª Consulta	11ª Consulta	12ª Consulta	13ª Consulta	14ª Consulta
Data							
Idade cronológica							
Idade óssea							
Peso							
Altura							
Velocidade crescimento							
Estágio puberal (mamas/testículos)							
Estágio puberal (pelos)							
Data do início do Análogo							

	15ª Consulta	16ª Consulta	17ª Consulta	18ª Consulta	19ª Consulta	20ª Consulta	21ª Consulta
Data							
Idade cronológica							
Idade óssea							
Peso							
Altura							
Velocidade crescimento							
Estágio puberal (mamas/testículos)							
Estágio puberal (pelos)							
Data do início do Análogo							

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/____

Data

Observações: Os originais do Gráfico de Crescimento e da Avaliação Continuada devem ser entregues aos pais ou responsáveis para preenchimento periódico nas consultas com o especialista e cópias devem ser encaminhadas para a DIAF para as reavaliações semestrais.