AVALIAÇÃO CONTINUADA
SÍNDROME DE TURNER

Nome:

Atenção: preencher no <u>mínimo 1</u> (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 GH							
Dose unidades/kg/dia							

	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 GH							
Dose unidades/kg/dia							

	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 GH							
Dose unidades/kg/dia							

_____

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.