



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
PUBERDADE PRECOCE CENTRAL**

Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 13 de 27/07/2022



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) Para paciente de sexo feminino:

<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) Para paciente do sexo masculino:

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

C) Para paciente de ambos sexos (casos especiais):

<input type="checkbox"/>	Puberdade rapidamente progressiva
--------------------------	-----------------------------------

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 ³
Ovário direito =	cm ³
Ovário esquerdo =	cm ³

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