

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

**ANEXO III****FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE HORMONAL PROVOCATIVO COM LEUPRORRELINA 3,75 MG (POR FRASCO INJETAVÉL)****ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2. CNES

PACIENTE

3. NOME DO PACIENTE

5. RAÇA / COR DO PACIENTE

6. DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE

7. SEXO DO PACIENTE

8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL

9 CPF DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

10. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11. DDD / TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14. UF

15. CEP

INFORMAÇÕES MÉDICAS

16. IDADE DE INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO PUBERAL

17. CARACTERÍSTICAS E ESTADIAMENTO PUBERAL DE TANNER ATUAIS

18. VOLUME TESTICULAR NOS MENINOS

19. ESPECIFICAÇÃO DO TEMPO DE EVOLUÇÃO ENTRE OS ESTÁGIOS

SOLICITAÇÃO

20. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

23. ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

21. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

22. DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

24. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

27. ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR

25. DATA DA AUTORIZAÇÃO

26. PERÍODO DE VALIDADE