



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ

ANEXO IV	
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE PROVOCATIVO NO DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO EM CRIANÇAS - FSRT ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2. CNES
PACIENTE	
3. NO ME 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, N ^o , BAIRRO)	
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14. IIF 15. CFP
INFORMAÇÕES MÉDICAS	
16. CID-10	17. DIAGNÓSTICO
18. IDADE , PESO E ESTATURA ATUAIS	
19. ESTADIAMENTO PUBERAL DE TANNER	
20. ESTATURA DOS PAIS BIOLÓGICOS	
21. CONDIÇÃO PREDISPONENTE PARA DEFICIÊNCIA DE GH: () LESÃO INTRACRANIANA () IRRADIAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL () SINAIS E SINTOMAS DE DEFICIÊNCIA DE GH NO PERÍODO NEONATAL OU DEFICIÊNCIA DE OUTROS HORMÔNIOS HIPOFISÁRIOS	
22. CRIANÇA APRESENTA: () SUSPEITA DE PAN-HIPO OU ALGUMA OUTRA DEFICIÊNCIA HORMONAL () HISTÓRIA DE CRISE CONVULSIVA () USO DE ANTICONVULSIVANTE () CARDIOPATIA	
SOLICITAÇÃO	
24. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	27. ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)
25. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL	26. DATA DA SOLICITAÇÃO
AUTORIZAÇÃO	
28. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	31. ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR
29. DATA DA AUTORIZAÇÃO	30. PERÍODO DE VALIDADE

