



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FINASTERIDA

Atenção:

São condições para a dispensação do medicamento finasterida o preenchimento total e legível deste formulário e sua apresentação juntamente com a prescrição médica de profissional urologista.

O preenchimento do formulário é obrigatório no início do tratamento.

Paciente: _____

PFJ: _____ **Idade:** _____ **Peso:** _____ **Kg**

Unidade de Saúde: _____

Medicamento: finasterida 5 mg.

() Tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB).

Indicação:

() Próstata aumentada, sintomas leves, em monoterapia.

() Paciente sintomático e sem sucesso do tratamento em monoterapia com doxazosina.

() Próstata aumentada, sintomas moderados, terapia combinada com doxazosina.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Recomendação de dose:

Finasterida 5mg	1 comprimido ao dia
-----------------	---------------------