



## 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
-----------------	---------------------