



DOSAGENS HORMONAIS E ESPECIAIS

Informações para cadastro

| | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| TUBO 1: Data da coleta | Horário da coleta | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| TUBO 2: Data da coleta | Horário da coleta | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| TUBO 3: Data da coleta | Horário da coleta | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| TUBO 4: Data da coleta | Horário da coleta | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nome do paciente | | |
| <input type="text"/> | | |
| Nome do médico | | |
| <input type="text"/> | | |
| Data nascimento | RG | CPF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefone | Email | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Endereço | | |
| <input type="text"/> | | |

Informações para análise do exame

| | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Peso | Altura | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Horário que acordou hoje | Horário que dormiu ontem | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Data da última menstruação (somente mulheres) | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Caso não haja data da última menstruação: | | | |
| <input type="checkbox"/> Menopausa | <input type="checkbox"/> Amenorreia | <input type="checkbox"/> Diu | <input type="checkbox"/> Gravidez |
| Horário dos banhos | | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° | |

Testes solicitados

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T3, dosagem por RIA (sangue) | <input type="checkbox"/> Testosterona | <input type="checkbox"/> Leptina |
| <input type="checkbox"/> T4, dosagem por RIA (sangue) | <input type="checkbox"/> Progesterona | <input type="checkbox"/> Estriol |
| <input type="checkbox"/> TSH, dosagem por RIA (sangue) | <input type="checkbox"/> Estradiol | <input type="checkbox"/> Estrona |
| <input type="checkbox"/> Telomero, análise (sangue) | <input type="checkbox"/> Pregnenolona | <input type="checkbox"/> DHEA |
| <input type="checkbox"/> CD95, contagem de linfócitos (sangue) | <input type="checkbox"/> Aldosterona | <input type="checkbox"/> SDHEA |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D3 isolada, cromatografia e espectrofotometria (sangue) | <input type="checkbox"/> Androstenediona | <input type="checkbox"/> DHT |
| <input type="checkbox"/> Vitamina E (Tocoferóis Alfa e Gama), cromatografia e espectrofotometria (sangue) | <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar | <input type="checkbox"/> NGF |
| | <input type="checkbox"/> Cortisol | <input type="checkbox"/> BDNF |
| | <input type="checkbox"/> Melatonina | <input type="checkbox"/> IGF |
| | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> PH |

Medicamentos / Passagem de hormônios

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não utilizo medicação | | |
| <input type="checkbox"/> DHEA - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Testosterona - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Progesterona - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Estrona - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Estradiol - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Cognitex - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Pregnenolona - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Hidrocortisona/Cortisol Bioidêntico - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Melatonina - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> 7Keto DHEA - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Estriol - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> GH - Horário(s) | | |
| <input type="text"/> 1° | <input type="text"/> 2° | <input type="text"/> 3° |
| <input type="checkbox"/> Faz administração de medicação para tireoide? | | |
| Qual? Horário(s): | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Faz uso de outros medicamentos? | | |
| Qual? Horário(s): | | |
| <input type="text"/> | | |

Perfis solicitados

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hormonal Salivar Adaptado (3 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Hormonal Master (4 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Metabolização da Testosterona (2 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Metabolização da Progesterona (2 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Metabolização de Estriol (2 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Metabolização do Estradiol (2 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Curva de Cortisol (4 tubos) |
| <input type="checkbox"/> Curva de GH (4 tubos) |



DOSAGENS HORMONAIS E ESPECIAIS

Nível dos sintomas (0 Nenhum, 1 Leve, 2 Moderado, 3 Severo)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Acne/espinhas | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Mamas muito sensíveis |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Agressividade/raiva prolongada | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Náuseas |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Alergias | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Níveis aumentados/diminuídos de glicose |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Alteração do apetite aumento/diminuição | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Nódulos de mama |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Ansiedade | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Osteoporose/osteopenia/dim. massa óssea |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aperto da mandíbula/ranger os dentes | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Palpitações cardíacas |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Apetência por açúcares e doces | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Pânico/medos |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Apetência por alimentos salgados | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Perda de peso não-intencional |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento circunferência abdominal/quadril | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Pesadelos |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento da oleosidade da pele | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Pressão alta - hipertensão |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento de pêlos faciais | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Pressão baixa - quedas de pressão |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento de peso | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Problemas de pele |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Boca seca | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Queda de cabelos |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Depressão/sintomas depressivos | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Resfriados frequentes |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Diarréias frequentes | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Ressecamento da pele ou cabelos |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Dificuldades de lidar com estresse | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Retenção de líquidos/inchaço |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Dificuldades para urinar | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Sensação de insegurança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Diminuição da massa muscular | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Sensibilidade excessiva |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Diminuição/perda do libido | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Sonolência |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Distúrbios memória/perda memória recente | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Suores noturnos/ondas de calor |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Dores de cabeça/enxaquecas | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Tensão muscular |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Dores musculares e articulações/juntas | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Tiques nervosos |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Faces e olhos inchados ao acordar | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Alterações menstruais (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Fadiga/cansaço excessivo | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Ovários policísticos (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Fadiga mental | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Perda de volume das mamas (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Falta de energia | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Sangramento menstrual excessivo (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Flacidez e diminuição do tônus muscular | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Secura vaginal (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Fogachos/calorões | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Síndrome pré-menstrual TPM (mulheres) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Formigamento das extremidades | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento da próstata (homens) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Imunidade diminuída | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Aumento das mamas (homens) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Incontinência urinária/perda de urina | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Diminuição do número de ereções (homens) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Insônia | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Disfunção erétil / distúrbio ereção (homens) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Irritabilidade/alteração do humor | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Problemas de próstata (homens) |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 | Mãos e pés frios | | |

Autorizo a realização dos testes solicitados na(s) amostra(s) enviada(s)
e me responsabilizo pela procedência, coleta e acondicionamento do material desde a obtenção até o envio.

Autorizo a utilização dos meus resultados e dados clínicos anonimamente para fins científicos.