

## **PROTOCOLO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LEIOMIOMA UTERINO**

**Local:** Hospital das Clínicas de São Paulo

Instituto Central – 10 ° andar Setor de Ginecologia

**Horário para Agendamento:** 8:00 às 14:00h

**Responsáveis:** Dr. Nilo Bozzini e Dr. Rodrigo Borsari

**Ambulatório:** Quarta-feira às 10:00h

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO**

- Mulheres com idade menor ou igual a 45 anos;
- Diagnóstico de Leiomioma Uterino;
- Apresenta sintomas como sangramento menstrual excessivo ou dor pélvica.

### **EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS**

- Papanicolau com no máximo 6 meses de coleta (em mãos);
- Ultrassom transvaginal com no máximo 6 meses de realização.

A UBS que tiver sob sua responsabilidade pacientes com os critérios acima descritos e de posse dos exames complementares mínimos, favor encaminhá-las com a ficha **EM ANEXO** adequadamente preenchida, para agendamento da primeira consulta no HCFMUSP, no local e horário acima determinado.

Atenciosamente,

**Dr. Rodrigo Borsari**

*CRM 100772*

*Médico Assistente do Setor de Leiomioma Uterino do HC-FMUSP*

*Médico Supervisor da GO – Hospital M Boi Mirim*

Nome do  
Paciente: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Se casada, nome do cônjuge: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

C.P.F. : \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: (Residencial) \_\_\_\_\_

(Comercial) \_\_\_\_\_

(Celular) \_\_\_\_\_

(Recados) \_\_\_\_\_ Falar com: \_\_\_\_\_