

SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS

PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____

De acordo com os critérios do Consenso de Rotterdam:

Assinale com um X, pelo menos dois dos seguintes critérios no adulto e três critérios no adolescente (2 anos pós menarca até os 19 anos incompletos):

() Alteração dos ciclos menstruais: presença de 9 ciclos ou menos no período de um ano;

() Hiperandrogenismo clínico: presença de um ou mais dos seguintes achados: Acne, hirsutismo e alopecia de padrão androgênico ou Hiperandrogenismo laboratorial, este caracterizado por elevação de pelo menos um androgênio [testosterona total, androstenediona e sulfato de desidroepiandrosterona sérica (SDHEA), de acordo com os valores de referência do kit utilizado];

() Morfologia ovariana policística à ultrassonografia (US): presença de mais de 12 folículos antrais (entre 2 e 9 mm) em pelo menos um dos ovários ou volume ovariano de $\geq 10 \text{ cm}^3$.

Carimbo e assinatura do médico solicitante