

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)PCDT: Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo
CID 10: E23.0**1. Medicamentos**

Somatropina 4 UI – frasco-ampola Somatropina 12 UI – frasco-ampola

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento). |
|--|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|--|
| <p>() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Para crianças e adolescentes: Laudo Médico descrito por um endocrinologista ou pediatra informando peso e comprimento ao nascer, idade gestacional (na impossibilidade de não fornecer tais dados, informar a não inclusão dos mesmos); estadiamento puberal; reposições hormonais realizadas; altura medida dos pais biológicos; e se paciente possui outras doenças concomitantes;</p> <p>() Para adultos: Laudo Médico descrito por um endocrinologista informando: as reposições hormonais realizadas, se pertinente; fatores de risco para deficiência iniciada na vida adulta; se paciente possui outras doenças concomitantes; comprovação de deficiência prévia, se existente;</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> |
|--|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- | |
|--|
| <p>() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já realizados.</p> |
|--|

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|---|
| <p>() Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum;</p> <p>() Cópia do exame de dosagem de TSH Obrigatório;</p> <p>() Cópia do laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética;</p> <p>() Cópia do teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento);</p> <p>() Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C);</p> <p>() Cópia do laudo de Rx de mãos e punhos;</p> <p>() Cópia da Curva do Crescimento.</p> |
| O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. |



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RENOVAÇÃO e/ou ADEQUAÇÕES

Para crianças e adolescentes:

- () Medidas Antropométricas
- () Glicemia de jejum
- () TSH - Hormônio Estimulador da Tiroxina
- () Dosagem de IGF-1

Para adultos:

- () Dosagem de IGF-1 - **Apresentar anualmente;**

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Endocrinologia e/ou Endocrinologista Pediatria**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS, receita médica atualizada e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e a Portaria Conjunta Nº 28, de 30 de novembro de 2018 que a prova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Deficiência do Hormônio de Crescimento – Hipopituitarismo**

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia
até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.