

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo

CID 10: E23.0

1. Medicamentos

- Somatropina 4 UI e 12UI– frasco-ampola

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:

() **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento

() **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

() **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

() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- () Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum;
- () Cópia do exame de dosagem de TSH;
- () Cópia do laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética;
- () Cópia do teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento);
- () Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C);
- () Cópia do laudo de Rx de mãos e punhos;
- () Cópia da Curva do Crescimento.

PARA RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**Para crianças e adolescentes:**

- () Medidas Antropométricas (curva do crescimento)
- () Glicemia de jejum
- () TSH - Hormônio Estimulador da Tiroxina
- () Exame radiológico para avaliação da idade óssea
- () Dosagem de IGF-1

Para adultos:

- () Dosagem de IGF-1

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

3. Serviços de Referência:

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

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

5.1. A resposta à Solicitação será emitida **em até 20 (vinte) dias úteis**.

5.2. 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.

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

5.3. 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 aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Deficiência do Hormônio de Crescimento – Hipopituitarismo**

5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

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

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**