

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31.07.2024)**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;**

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Carteira de Identidade – RG2. Cadastro de Pessoa Física – CPF3. Cartão Nacional de Saúde – CNS4. Comprovante de Residência com CEP5. Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento). |
|---|

1. Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|--|
| <p>() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</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 E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**



- () Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum;
- () Cópia do exame de dosagem de TSH Obrigatório;
- () 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);

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.

6. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com **endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos**, cuja avaliação periódica deve ser condição para a continuidade da dispensação do medicamento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

7. Para receber os medicamentos

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

8. 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**

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

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

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.