**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

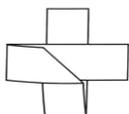


**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – ACROMEGALIA**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p><b>ACROMEGALIA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Cabergolina 0,5mg comp.</b></p> <p><b>Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida</b></p> <p><b>Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A</b></p> <p>Acromegalia</p>	<p>- LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contra-indicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (<b>validade 90 dias</b>);</p> <p>- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (<b>validade 180 dias</b>);</p> <p>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (<b>validade 24 meses</b>);</p> <p>- Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (<b>validade 90 dias</b>).</p>	<p>- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético).</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente.</p>	<p><b>E22.0</b></p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência.</p> <p><a href="#">Acromegalia</a> (PCDT)</p>



SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
CABERGOLINA, LANREOTIDA E OCTREOTIDA.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente),  
abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos,  
contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **Cabergolina, Lanreotida e Octreotida**,  
indicadas para o tratamento da **Acromegalia**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico  
\_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m)  
trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas e redução das complicações;

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e  
riscos:

- os riscos do uso de octreotida, lanreotida e cabergolina para o bebê durante a gestação são improváveis;  
entretanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- efeitos adversos mais comuns da **octreotida**: reações locais (dor ou sensação de picada, formigamento ou  
queimação no local da injeção, com vermelhidão e inchaço); náuseas, vômitos, dor abdominal, gases, diarreia, fezes  
gordurosas; uso prolongado do medicamento: formação de cálculos (pedras) na vesícula, problemas no fígado e  
pâncreas;

- efeitos adversos mais comuns da **lanreotida**: dores de cabeça, cansaço, tonturas, diminuição dos batimentos do  
coração, alteração do açúcar do sangue, falta de apetite, diarréia ou fezes moles, dor de barriga, enjoos, vômitos,  
problemas de digestão, gases, pedras na vesícula, aumento da bilirrubina, reações no local da injeção; outros  
efeitos: reação alérgica na pele, queda de cabelos, agravamento do diabetes, pancreatite aguda, presença de  
gordura nas fezes;

- efeitos adversos mais comuns da **cabergolina**: náuseas, dor abdominal, dor de cabeça, tontura, dor no estômago,  
azia/gastrite, fraqueza e cansaço, prisão de ventre, vômitos, dor no peito, vermelhidão, depressão e câibras;  
raramente pode ocasionar desmaios; - medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos  
fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente por mim, comprometendo-me a devolvê-  
lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a  
ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu  
tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Cabergolina ( ) Lanreotida ( ) Octreotida

Local:	Data:
Nome do paciente e número de cartão Nacional de Saúde:	
Nome e documento do responsável legal:	
_____	

**Assinatura do paciente ou do responsável legal**

Médico Responsável:

CRM:

UF:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\* \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_ 20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_