

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



<u>Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado - Deficiência do Hormônio do Crescimento</u>

- 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
DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARI SMO (Protocolo MS) Somatropina 4UI e 12UI F/A Deficiência do Hormônio do Crescimento	Para crianças e adolescentes:	Para crianças e adolescentes: - Peso e estatura. Periodicidade: Semestral. - Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. Periodicidade: Anual. - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose. Para adultos: - Dosagem de IGF-1. Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose. - Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. Periodicidade: Anual. - Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica. Periodicidade: Anual.	E23.0 Endocrinologista (Exclusivamente) Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos. Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo



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



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE Somatropina

Eu,	(nome do (a) paciente), declaro ter sido informado							nformado			
(a) claram	nente sob	re os benefíc	ios, r	iscos, cor	ntraind	dicações e	principais e	feitos ad	versos relacio	nados a	o uso do
medicame	ento som a	atropina, indi	icado	para o t	ratam	ento da d e	eficiência de	e hormôr	nio do crescin	nento. C	Os termos
médicos	foram	explicados	е	todas	as	minhas	dúvidas	foram	resolvidas	pelo	médico
						(nome d	o médico qu	ue prescre	eve).		
Assim, de	claro que	fui clarame	nte ir	nformado	(a) c	le que o i	medicament	o que pa	asso a recebe	r pode	trazer os
seguintes	benefício	s: - aumento	da a	ltura e d	a velo	cidade de	crescimento	o em cria	nças; - aume	nto da c	densidade
mineral ós	ssea em a	dultos; - melh	iora d	a dislipid	emia e	em adultos					
Fui també	ém claran	nente informa	ado (a) a resp	eito c	los seguin	tes potencia	ais efeito:	s adversos, co	ontraind	icações e
riscos: - s	omatropi	na: medicam	ento	classifica	do na	gestação	como categ	goria C q	uando utilizad	q on ot	rimeiro e
segundo 1	trimestres	de gestação	(esti	udos em	anima	ais mostra	ram anorma	alidades r	os descender	ites, ma	ıs não há
estudos e	m human	os; o risco pa	ra o b	ebê não	pode	ser descar	tado, mas ui	m benefíc	io potencial p	ode ser	maior do
que os ris	scos); - a s	segurança pa	ra o u	ıso da so	matro	pina durar	nte a amam	entação a	inda não foi	estabele	cida; - os
efeitos ad	lversos da	somatropina	a: rea	ções no l	local d	da injeção,	como dor,	inchaço e	e inflamação.	Alguma	s reações
mais raras	s incluem	dor de cabeça	a, dor	nos mús	culos,	fraqueza, a	aumento da	glicose n	o sangue, resi	stência à	insulina,
dor no qu	uadril ou	nos joelhos,	leuce	mia e hi	potire	oidismo; -	o medicam	nento est	á contraindica	ado em	casos de
nipersens	ibilidade ((alergia) conf	necida	a ao fárm	naco;	- o risco (da ocorrênc	ia de efe	itos adversos	aumen	ta com a
superdosa	agem.										
Estou cier	nte de que	este medica	ment	o soment	e pod	e ser utiliza	ado por min	n, compro	metendo-me	a devol	vê-lo caso
não queira	a ou não p	oossa utilizá-l	o, ou	se o trata	ment	o for interr	ompido. Sei	i também	que continua	rei a ser	atendido
a), inclus	ive em ca	so de eu des	sistir (de usar o	medi	icamento.	Autorizo o	Ministério	da Saúde e	as Secre	etarias de
Saúde a fa	azer uso d	e informaçõe	s relat	tivas ao n	neu tra	atamento,	desde que a	ssegurad	o o anonimato	ວ. () Sim	() Não
Local:					[Data:					
Nome do	o paciente	:									
Cartão N	lacional de	e Saúde:									
Nome do	o responsá	ível legal:									
Docume	nto de ide	ntificação do	respo	onsável le	gal:						
				Assina	tura c	lo paciento	e ou do resp	onsável l	egal		-
Médico I	Responsáv	vel:		CRM:				UF	_		
İ					Assina	atura e car	imbo do mé	dico			
1						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 so	olicitante								
3- Nome completo do Paciente*				γ 5-Pes	o do pac	iente*			
						kg			
4- Nome da Mãe do Paciente*				6-Altu	ra do pa				
		8- Qua	ntidade	solicitada*					
7- Medicamento(s)*	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês			
2									
3 4									
5									
6						\longrightarrow			
9- CID-10* 10- Diagnóstico									
11- Anamnese*						=			
Residents and linear transfer and find any out from transports de decrease?									
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* NÃO SIM. Relatar:									
13- Atestado de capacidade*						$\overline{}$			
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispaciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente				da prese	nça físic	a do			
NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual									
poderá realizar a solicitação do medicamento	1	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 solicitac	cão*								
						J			
18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente	Responsá	vel (descrit	o no item	13) Пм	1édico so	licitante			
<u> </u>	CPF	701 (4000111	<u> </u>	.0)					
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*) c ²⁰ ·	Telefone	(s) para d	ontato d	o pacient	e			
Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia:						\longrightarrow			
Parda Sem informação									
21- Número do documento do paciente	23-	Assinatura	do respor	nsável pelo	o preenchi	mento*			
22- Correio eletrônico do paciente	7								

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO