

SUS

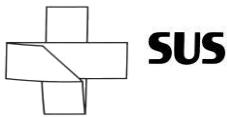


## **Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Síndrome de Turner**

- 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 (cônjugue, 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
<b>SINDROME DE TURNER (Protocolo MS)</b>  <b>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;</li><li>- Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos;</li><li>- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</li><li>- Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea. <b>Periodicidade:</b> Anual.</li><li>- IGF-1 (Fator de crescimento insulina símile). <b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</li></ul>	<p><b>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8</b></p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente)</p> <p>É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

**Somatropina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **somatropina**, indicados para o tratamento da síndrome de Turner. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer o benefício do aumento da altura e velocidade de crescimento. Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - somatropina: medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos); - efeitos adversos da somatropina: reações no local da injeção, como dor, inchaço e inflamação. Algumas reações mais raras incluem dor de cabeça, dor nos músculos, fraqueza, aumento da glicose no sangue, resistência à insulina, dor no quadril e/ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo; - os medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco.

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido.

Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): ( ) somatropina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<b>Assinatura do paciente ou do responsável legal</b>		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
<b>Assinatura e carimbo do médico</b>		
Data: ____ / ____ / ____		



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA****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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda	19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____	20- Telefone(s) para contato do paciente _____ _____
---	--	---

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_  
 CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

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