**SUS**

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

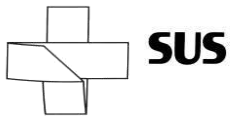


**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Deficiência do Hormônio do Crescimento**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- 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:**

<b>SITUAÇÃO CLÍNICA</b> <b>Medicamentos</b>	<b>ABERTURA PROCESSO</b> <b>(1ª vez)</b>	<b>MONITORIZAÇÃO</b> <b>(Renovação de Exames)</b>	<b>CID-10</b> <b>Médico</b> <b>Especialista</b>
<p><b>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Somatropina 4UI e 12UI F/A</b></p>	<p><b><u>Para crianças e adolescentes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade cronológica maior que 02 anos;</li> <li>- Idade, peso e altura atuais;</li> <li>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;</li> <li>- Estadiamento puberal de Tanner;</li> <li>- Altura dos pais biológicos;</li> <li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver (validade 90 dias);</li> <li>- Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea;</li> <li>- IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);</li> <li>- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (validade 24 meses);</li> <li>- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses.</li> <li>- Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste.</li> </ul> <p><b><u>Para adultos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver;</li> <li>- IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);</li> <li>- Colesterol total, HDL e triglicérides (validade 90 dias);</li> <li>- Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (validade 24 meses);</li> <li>- Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon);</li> <li>- Densitometria óssea (validade 12 meses).</li> </ul>	<p><b><u>Para crianças e adolescentes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso e estatura.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile)</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p><b><u>Para adultos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de IGF-1.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>E23.0</b></p> <p>Endocrinologista</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Somatropina**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **somatropina**, indicado para o tratamento da **deficiência de hormônio do crescimento**. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - aumento da altura e da velocidade de crescimento em crianças; - aumento da densidade mineral óssea em adultos; - melhora da dislipidemia em adultos.

Fui também claramente informado (a) a respeito dos seguintes potenciais efeitos adversos, contraindicações 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); - a segurança para o uso da somatropina durante a amamentação ainda não foi estabelecida; - os 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 ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo; - o medicamento está contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco; - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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

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: __/__/__			



## 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

1	2	3	4	5	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
						1º mês	2º mês	3º mês
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			
					<input type="text"/>			

9- CID-10\*  10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

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

SIM. Relatar:

NÃO

**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\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*  Hoje

17- Assinatura e carimbo do médico\*

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\*

Branca  Amarela

Preta  Indígena. Informar Etnia:

Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO