

Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Endometriose

- 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:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista	Orientação Imunização
ENDOMETRIOSE (Protocolo MS) Danazol 100mg cáps Gosserrelina 3,6mg e 10,8mg injetável Leuprorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável Triptorrelina 3,75mg injetável Endometriose	<p>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</p> <p>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</p> <p>* Atualizado em 09/09/2020</p>	<p>Para Danazol:</p> <p>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina;</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>N80.0/ N80.1/ N80.2 N80.3/ N80.4/ N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>Endometriose (PCDT)</p>	<p>Rotina do posto (dT, Hepatite B, SCR, FA)</p>

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DANAZOL, GOSSERRELINA, LEUPRORRELINA, TRIPTORRELINA.

Eu, _____ (nome do paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) **danazol, goserrelina, leuprorrelina, triptorrelina** indicados para o tratamento da **endometriose**. 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 os seguintes benefícios: - diminuição da dor; - redução dos nódulos endometrióticos.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- medicamentos contraindicados em gestantes ou em mulheres planejando engravidar; - medicamentos contraindicados em mulheres que estão amamentando (lactantes); - os efeitos colaterais já relatados são:

- **danazol**: frequentes – distúrbios da menstruação, ganho de peso, calorões; menos frequentes – inchaço, escurecimento da urina, cansaço, sonolência, acne, aumento da oleosidade do cabelo e Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde pele, perda de cabelo, alteração da voz, crescimento do clitóris ou atrofia testicular; raros – adenoma, catarata, eosinofilia, disfunção hepática, pancreatite, hipertensão intracraniana manifestada por dor de cabeça, náusea e vômitos, leucocitose, pancreatite, rash cutâneo, síndrome de Stevens-Johnson, trombocitopenia, fotossensibilidade. - **goserrelina**: frequentes – calorões, distúrbios menstruais; menos frequentes – visão borrada, diminuição da libido, cansaço, dor de cabeça, náusea, vômitos, dificuldade para dormir, ganho de peso, vaginite; raros – angina ou infarto do miocárdio, tromboflebitis. - **leuprorrelina**: frequentes – calorões, diarreia, distúrbios menstruais; menos frequentes – arritmias cardíacas, palpitações; raros – boca seca, sede, alterações do apetite, ansiedade, náusea, vômitos, desordens de personalidade, desordens da memória, diminuição da libido, ganho de peso, dificuldades para dormir, delírios, dor no corpo, perda de cabelo e distúrbios oftalmológicos. - **triptorrelina**: frequentes – calorões, dores nos ossos, impotência, dor no local da injeção, hipertensão, dores de cabeça; menos frequentes – dores nas pernas, fadiga, vômitos, insônia; raros – tonturas, diarreia, retenção urinária, infecção do trato urinário, anemia, prurido.

O risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que esse(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) 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 assistida, inclusive se 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

O meu tratamento constará do seguinte medicamento: () goserrelina () leuprorrelina () triptorrelina () danazol

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