

**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
ACROMEGALIA (Protocolo MS) Cabergolina 0,5mg comp. Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida Octreotida 0,1mg/ml ampola Octreotida 10mg, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A Pasireotida 10 mg, 20 mg, 40 mg e 60 mg susp. Inj. (Indisponível: itens ainda não disponibilizado pelo Ministério da Saúde)	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contraindicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (validade 3 meses);- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (validade 6 meses);- Ressonância magnética de sela túrcica, preferencialmente, ou tomografia computadorizada de sela túrcica (validade 24 meses);- Glicose de jejum, hemoglobina glicada, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (validade 3 meses).	<p>Para cabergolina, lanreotida e octreotida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). <p>Periodicidade: Trimestral até um ano de tratamento após controle da doença, e após, anualmente.</p> <p>Para Pasireotida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Glicose jejum e hemoglobina glicada. <p>Periodicidade: trimestral.</p>	E22.0 Endocrinologista (Exclusivamente) PCDT


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* <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> kg
4- Nome da Mãe do Paciente*							6- Altura do paciente* <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> cm

1	2	3	4	5	6	8- Quantidade solicitada*					
						1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

Digitar manualmente

Listar medicamentos

7- Medicamento(s)*

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*

Hoje

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* <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda </div> <div style="width: 55%;"> ☐ Amarela ☐ Indígena. Informar Etnia: _____ </div> </div>	20- Telefone(s) para contato do paciente <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
22- Correio eletrônico do paciente <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Para suporte, entre em contato pelo: ceaf.daf@saude.gov.br

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
OCTREOTIDA, LANREOTIDA, CABERGOLINA E PASIREOTIDA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **octreotida, lanreotida, cabergolina e pasireotida**, indicadas para o tratamento da acromegalia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____ (nome do(a) médico(a) que prescreve).

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

- melhora dos sintomas e redução das complicações.

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

- Os riscos do uso de octreotida, lanreotida, pasireotida e cabergolina para o bebê durante a gestação são improváveis; entretanto, o uso desses medicamentos como rotina não é recomendado e não deve ser utilizado sem orientação médica;

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

- **eventos adversos mais comuns da lanreotida:** dores de cabeça, cansaço, tonturas, diminuição dos batimentos do coração, alteração do açúcar do sangue, falta de apetite, diarreia 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/alopecia, queda de cabelos, agravamento do diabetes, pancreatite aguda, presença de gordura nas fezes;

- **eventos adversos mais comuns da cabergolina:** náusea, 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;

- **eventos adversos mais comuns da pasireotida:** diarreia, dor abdominal, alopecia, formação de cálculos (pedras) na vesícula, hiperglicemia e diabetes melito.

- São medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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 desistir de usar o medicamento.

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

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() octreotida

() lanreotida

() cabergolina

() pasireotida

Local:	Data:	
Nome do paciente		
Cartão Nacional de Saúde:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<div style="text-align: center;"> <hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal </div>		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<div style="text-align: center;"> <hr/> Assinatura e carimbo do médico Data: _____ </div>		

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.