

**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 – 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 (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
SÍNDROME DE TURNER (Protocolo MS) Somatropina 4 UI e 12 UI F/A	Para todas as idades: - Determinação de Cariótipo em sangue periférico (sem validade) ; - TSH e T4 livre (validade: 3 meses) . Se idade entre 02 e 05 anos: - Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS)* (validade: 03 meses) ; Se idade acima de 05 anos: - Curva de crescimento do <i>National Center for Health Statistics</i> (NCHS)* (validade: 3 meses) ; - Radiografia de mãos e punhos (validade: 03 meses) . *Obs: se possível, anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.	- Medidas de estatura e peso corporal acompanhadas pelas curvas de crescimento. Periodicidade: Semestral. - TSH e T4 livre. Periodicidade: Anual. - Radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea. Periodicidade: Anual. - IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 ou somatomedina C). Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose. Após 10 anos de idade, acrescentar: - AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, Glicose jejum e hemoglobina glicada. Periodicidade: anual - Dosagem de vitamina D. Periodicidade: a cada 02 anos.	Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8 Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente) É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
ESTROGÊNIO CONJUGADO, MEDROXIPROGESTERONA E SOMATROPINA

Eu, _____ (nome paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina**, indicados para o tratamento de síndrome de Turner.

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 os medicamentos que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Estrogênios conjugados e medroxiprogesterona: promover a puberdade e repor a deficiência desses hormônios.
- Somatropina: melhorar o crescimento e a altura final.

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

- Estrogênios conjugados e medroxiprogesterona: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);

- 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);

- Eventos adversos dos estrogênios conjugados: coceira, dor na barriga, gases intestinais, candidíase vaginal, sangramento urinário e uterino; inflamação na vagina, fraqueza; câibras nas pernas

- Eventos adversos da medroxiprogesterona: sangramento uterino, corrimento vaginal, dor de cabeça, náusea, depressão, insônia, nervosismo, tontura, alopecia, acne, urticária, prurido, aumento de peso, fadiga, dor e sensibilidade nas mamas, entre outros.

- Eventos 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, hipertireoidismo;

Todos esses medicamentos são 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 desistência do uso do 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:

() Estrogênios conjugados

() Medroxiprogesterona

() Somatropina

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:			

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



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	
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 _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente	
☐ Branca	☐ Amarela		
☐ Preta	☐ Indígena. Informar Etnia: _____		
☐ Parda	☐ Sem informação		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
☐ CPF ou ☐ CNS			
22- Correio eletrônico do paciente			

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO