



Elaboração: 2013	Última revisão: 04/2025	Próxima Revisão: 04/2027	Revisão: 05
<b>ACROMEGALIA</b> CID10: E22.0 PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 7 DE JANEIRO DE 2019			

**Informações Gerais**

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

**Medicamentos CEAF**

- **Cabergolina:** comprimido de 0,5 mg;
- **Lanreotida** solução injetável de liberação prolongada: seringa preenchida de 60, 90 e 120 mg
- **\*Octreotida** de liberação prolongada: frasco-ampola de 10, 20 e 30 mg/mL.

\*Medicamento administrado por infusão

**Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)**

- ( ) Carteira de identidade com foto (RG)
- ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ( ) Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ( ) Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

**Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)**

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>( ) <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (No campo "Anamnese", deve ser preenchida a história clínica do(a) paciente. Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para incluir as informações);</p> <p>( ) <b>Receituário médico comum</b>, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento;</p> <p>( ) <b>Relato médico</b> realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico);</p> <p>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b></p>	<p>( ) <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (Em qualquer alteração na terapêutica, as informações devem ser registradas no campo "Anamnese". Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para detalhamento);</p> <p>( ) <b>Receituário médico comum</b>, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento;</p> <p>( ) <b>Laudo médico</b>, necessário apenas em casos de alteração da prescrição, deve conter justificativa clínica para a alteração.</p>

**Exames****Solicitação inicial**

- ( ) Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose, ou basal sem sobrecarga de glicose para paciente diabético;
- ( ) Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C);
- ( ) Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica

O resultado dos exames garante uma avaliação precisa sobre o efeito do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Quando houver resultados fora dos parâmetros estabelecidos ou a ausência de algum exame, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas, ou protocolo de uso do Ministério da Saúde.

**Serviços de Referência**

Unidades de Saúde SUS com serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**Observações:**

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente à patologia.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração do tipo, da dose e da orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades poderão realizar o preenchimento para dispensação (embora sempre seja necessário preencher o item

de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente).

3. No mínimo, a cada 6 (seis) meses, o paciente deverá ser avaliado por um especialista.

#### Para receber os medicamentos

**De posse dos documentos mencionados**, o paciente ou seu representante deve dirigir-se à Farmácia de Pernambuco na data agendada para a entrega dos documentos e dispensação do medicamento. **No ato da entrega, o paciente ou seu representante deve realizar a conferência** (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada), a qual deve estar de acordo com o recibo que será assinado.

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Para medicamentos administrados por infusão, o paciente ou seu representante deverá ser atendido em um serviço especializado em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia credenciado, que providenciará toda a documentação necessária e encaminhará à Farmácia de Pernambuco, a qual realizará a dispensação do medicamento para a unidade em que o paciente é acompanhado.

#### Observações

- A resposta à solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não estejam esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico;
- Para o remédio em casa, o paciente receberá a ligação e deverá concordar em receber o medicamento. Nesse caso ele deverá permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde);
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

#### Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário dos dados consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

---

Assinatura do paciente ou responsável legal

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

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de octreotida, lanreotida e cabergolina, indicadas para o tratamento da acromegalia. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_. 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 efeitos adversos e riscos: Os riscos do uso de octreotida, lanreotida e cabergolina para o bebê durante a gestação são • improváveis; entretanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico; efeitos 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: formação de cálculos (pedras) na vesícula, problemas no fígado e pâncreas; efeitos 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, queda de cabelos, agravamento do diabetes, pancreatite aguda, presença de gordura nas fezes; efeitos 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; 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

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

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

## 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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\*  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\* ☐ 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  23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

22- Correio eletrônico do paciente

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

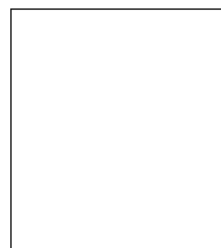
Nome Paciente: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 2*				
Nome Completo:				
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 3*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				

\*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_



Campo para digital