



| | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|-------------|
| Elaboração: 2010 | Última revisão: 22/08/2024 | Próxima Revisão: 08/2026 | Revisão: 04 |
| DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO CID 10: E23.0 PORTARIA CONJUNTA SAS/SCTIE Nº 28, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2018. | | | |

| |
|---|
| 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 |
| Somatropina 4 e 12 UI, frasco-ampola |

| |
|--|
| Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia) |
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade com foto (RG) <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde (CNS) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos |

| | |
|--|---|
| Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; Estadiamento puberal <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. | <input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico , EM CASO DE ALTERAÇÃO DE PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento. |

| | |
|---|--|
| Exames (cópias) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial Para crianças: <input type="checkbox"/> Curva de crescimento NCHS ou OMS comprovando a baixa estatura ou queda na velocidade de crescimento; <input type="checkbox"/> Glicose; <input type="checkbox"/> TSH(Hormônio Tireoestimulante) e T4 total ou livre; <input type="checkbox"/> Dosagem de IGF-1 ou Somatomedina C; <input type="checkbox"/> Laudo de Raio X de mãos e punhos para idade óssea; <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética da Hipófise com alteração anatômica + 1 teste de estímulo para GH (hormônio de crescimento) com resposta inadequada OU <input type="checkbox"/> Dois testes de estímulo para GH com estímulos diferentes, com resposta inadequada. Para adultos: <input type="checkbox"/> Glicose; <input type="checkbox"/> TSH (Hormônio Tireoestimulante) e T4 total ou livre; <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética da Hipófise; <input type="checkbox"/> 1 Teste de Estímulo para GH (Hormônio de crescimento); <input type="checkbox"/> Dosagem de IGF-1 ou Somatomedina C; <input type="checkbox"/> Densitometria óssea; <input type="checkbox"/> Perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos). | <input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses Para crianças: <input type="checkbox"/> Medidas Antropométricas – (cópia do gráfico com assinatura e data originais do médico). <input checked="" type="checkbox"/> Renovação anualmente Para crianças: <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum; <input type="checkbox"/> Hormônio Estimulador da Tiroxina – TSH e T4; <input type="checkbox"/> Exame radiológico; <input type="checkbox"/> Dosagem de IGF-1 –ou após mudança da dose. Para adultos: <input type="checkbox"/> Dosagem de IGF-1 –ou após mudança da dose. |

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou

ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.

Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a **especialidade endocrinologia ou pediatria correspondente a patologia de que trate este documento**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.

2. Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.

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

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento;

No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve estar de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

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 esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve 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 do dado 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 SOMATROPINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de somatotropina, indicada para o tratamento de deficiência de hormônio do crescimento - hipopituitarismo. Os termos médicos foram explicados e todas as 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 as seguintes melhoras: aumento da altura e velocidade de crescimento em crianças e adolescentes e aumento da densidade mineral óssea e

dislipidemia em adultos; Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- Os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- A segurança para o uso da somatropina durante a amamentação ainda não foi estabelecida;
- Efeitos adversos já relatados – 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 e hipotireoidismo; 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 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

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