



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO PUBERDADE PRECOCE CENTRAL – CID: E22.8

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMACÕES/EXAMES

LAUDO (Todos os medicamentos):

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM:
 - 1) DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS REALIZADOS POR ENDOCRINOLOGISTA OU PEDIATRA;
 - 2) AVALIAÇÃO DA IDADE ÓSSEA SEGUNDO MÉTODO DE GREULICH-PEYLE (RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS);
 - 3) CÓPIA DA CURVA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO.

EXAMES (SERÃO SOLICITADOS DE ACORDO COM O CRITÉRIO DO PCDT EM QUE O PACIENTE SE ENQUADRAR, FAVOR ATENTAR PARA OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO CONFORME IDADE DO PACIENTE):

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE LH APÓS ESTÍMULO COM GNRH;
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE LH (HORMÔNIO LUTEINIZANTE) BASAL SÉRICO;
- CÓPIA DO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL;
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DE OVÁRIO E ÚTERO;
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DE PELVE.

PARA CIPROTERONA ACRESCENTAR TAMBÉM:

- RELATO MÉDICO INFORMANDO SOBRE REAÇÃO ALÉRGICA LOCAL, FORMAÇÃO DE ABCESSO ESTÉRIL COM USO DO ANÁLOGO DE GNRH OU ANAFILAXIA.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

MEDROXIPROGESTERONA, CIPROTERONA, GOSSERRELINA, LEUPRORRELINA E TRIPTORRELINA.

Eu, _____

(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) gosserrrelina, leuprorrelina, triptorrelina e ciproterona, indicados para o tratamento da Puberdade Precoce Central.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas 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:

- regressão do amadurecimento sexual (caracteres sexuais secundários);
- diminuição da velocidade de crescimento;
- regressão dos níveis de hormônios (gonadotrofinas).

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

- seu uso é contraindicado em gestantes ou em mulheres planejando engravidar;
- seu uso é contraindicado para mulheres amamentando;
- os eventos adversos já relatados são:
- gosserrrelina: calorões, distúrbios menstruais, visão borrada, diminuição da libido, cansaço, dor de cabeça, náusea, vômitos, dificuldade para dormir, ganho de peso, vaginite. Os mais raros incluem angina ou infarto do miocárdio, tromboflebite.
- leuprorrelina: calorões, diarreia, distúrbios menstruais, arritmias cardíacas, palpitações, 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: calorões, dores nos ossos, impotência, dor no local da injeção, hipertensão, dores de cabeça, dores nas pernas, fadiga, vômitos, insônia, tonturas, diarreia, retenção urinária, infecção do trato urinário, anemia, prurido.
- ciproterona: cansaço, diminuição da vitalidade e da capacidade de concentração, toxicidade hepática;
- medroxiprogesterona: presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de doença maligna de órgãos genitais. Sangramento vaginal de causa não diagnosticada.
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o risco de ocorrência de eventos 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, 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



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS

(nome do paciente ou responsável)

nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____,

(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,

inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na

_____,

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável**: _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);