

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
SÍNDROME DE TURNER - CID: Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8****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.

INFORMAÇÕES/EXAMES**EXAMES E DOCUMENTOS PARA PACIENTES COM IDADE INFERIOR A 2 ANOS:**

- CÓPIA DO EXAME DE CARIÓTIPO (DE QUALQUER DATA)
- CÓPIA DA DOSAGEM SÉRICA DE TSH E T4 LIVRE (COM VALIDADE DE ATÉ 180 DIAS).

EXAMES E DOCUMENTOS PARA PACIENTES COM IDADE ENTRE 2 E 5 ANOS:

- CÓPIA DO EXAME DE CARIÓTIPO (DE QUALQUER DATA)
- CÓPIA DA DOSAGEM SÉRICA DE TSH E T4 LIVRE (COM VALIDADE DE ATÉ 180 DIAS)
- PERCENTIL DA ALTURA PREVISTA PARA A IDADE, CONFORME A CURVA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) ;

EXAMES E DOCUMENTOS PARA PACIENTES COM IDADE ACIMA DE 5 ANOS:

- CÓPIA DO EXAME DE CARIÓTIPO (DE QUALQUER DATA)
- CÓPIA DA DOSAGEM SÉRICA DE TSH E T4 LIVRE (COM VALIDADE DE ATÉ 180 DIAS)
- CÓPIA DO LAUDO DO RAIOS X DE PUNHOS E MÃOS COM IDADE ÓSSEA (COM VALIDADE DE ATÉ 12 MESES)
- PERCENTIL DA ALTURA PREVISTA PARA A IDADE, CONFORME A CURVA DO NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) /CENTER OF DISEASE CONTROL (CDC)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES**OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

DOCUMENTOS:

- RELATO MÉDICO REALIZADO POR ONCOLOGISTA LIBERANDO O TRATAMENTO PARA SÍNDROME DE TURNER EM PACIENTES QUE ESTÃO EM REMISSÃO COMPLETA DE DOENÇA NEOPLÁSICA HÁ NO MÍNIMO DOIS ANOS.

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* <input style="width: 100%;" type="text"/>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input style="width: 100%;" type="text"/>										
3- Nome completo do Paciente* <input style="width: 100%;" type="text"/>			5-Peso do paciente* <input style="width: 40px;" type="text"/> kg									
4- Nome da Mãe do Paciente* <input style="width: 100%;" type="text"/>			6-Altura do paciente* <input style="width: 40px;" type="text"/> cm									
7- Medicamento(s)*						8- Quantidade solicitada*						
			1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês				
1	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
2	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
3	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
4	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
5	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
6	<input style="width: 100%;" type="text"/>					<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
9- CID-10* <input style="width: 40px;" type="text"/>	10- Diagnóstico <input style="width: 100%;" type="text"/>											
11- Anamnese* <input style="width: 100%;" type="text"/>												
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*												
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input style="width: 100%;" type="text"/>												
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?												
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>												
Nome do responsável												
14- Nome do médico solicitante* <input style="width: 100%;" type="text"/>												
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input style="width: 100%;" type="text"/>								16- Data da solicitação* <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>			17- Assinatura e carimbo do médico* <input style="width: 100%;" type="text"/>	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante												
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: <input style="width: 100%;" type="text"/> e CPF <input style="width: 40px;" type="text"/>												
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*								20- Telefone(s) para contato do paciente <input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Parda												
21- Número do documento do paciente												
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
22- Correio eletrônico do paciente <input style="width: 100%;" type="text"/>												
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input style="width: 100%;" type="text"/>												

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina.

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

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer o benefício do aumento da altura e velocidade de crescimento.

Fui também claramente informada 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);

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

- **efeitos 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.

- **efeitos 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 e hipotireoidismo;

- os medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar os medicamentos.

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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

() estrogênios conjugados

() medroxiprogesterona

() somatropina

Local:	Data:
Nome do paciente:	

Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
 <hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
 <hr/> 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 referidos.



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);