



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
ACROMEGALIA – CID: E22.0**

**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**

**LAUDO (Todos os medicamentos):**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM:

1- RELATO REALIZADO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM NEUROENDOCRINOLOGIA DESCREVENDO OS SINAIS E SINTOMAS E OS TRATAMENTOS JÁ REALIZADOS PARA ACROMEGALIA (CIRÚRGICO, RADIOTERÁPICO OU FARMACOLÓGICO).

**LAUDO (PARA CARBEGOLINA):**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM:

1- RELATO QUE O PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO SECUNDÁRIO DE ACROMEGALIA QUE APÓS 3-6 MESES DE USO REGULAR DE ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA, NÃO APRESENTOU OS CRITÉRIOS DE CONTROLE DA DOENÇA (DEVENDO ASSOCIAR A CABERGOLINA AO ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA), OU NÃO TOLEROU OS ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA.

**EXAMES (PARA TODOS OS MEDICAMENTOS):**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GH APÓS SOBRECARGA DE GLICOSE, OU BASAL SEM SOBRECARGA DE GLICOSE PARA PACIENTE DIABÉTICO (VAL. DE ATÉ 12 MESES).
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE IGF-1 (SOMATOMEDINA-C) (VAL. DE ATÉ 12 MESES).
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA (VAL. DE QUALQUER DATA).

**OUTROS EXAMES E DOCUMENTOS QUE PODEM SER SOLICITADOS CONFORME O CRITÉRIO DO PCDT DO MS ESPECÍFICO PARA CADA SITUAÇÃO CLÍNICA:**

- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX OU DE ABDÔMEN (VAL. DE ATÉ 12 MESES).
- RELATO MÉDICO REALIZADO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM NEUROENDOCRINOLOGIA DESCREVENDO A IMPOSSIBILIDADE DE DOSAGEM DE GH APÓS SOBRECARGA DE GLICOSE, CASO O PACIENTE SEJA DIABÉTICO.

## 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"/>						
2	<input type="text"/>						
3	<input type="text"/>						
4	<input type="text"/>						
5	<input type="text"/>						
6	<input type="text"/>						

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\*  Branca  Amarela  Preta  Indígena. Informar Etnia:   Parda 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

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

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), 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  
\_\_\_\_\_  
(nome do médico que prescreve).

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 do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		



## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS nº \_\_\_\_\_  
(nome do paciente ou responsável)  
\_\_\_\_\_, 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);