

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOFISITARISMO - CID: E23.0****DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF ECARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- LAUDO MÉDICO DETALHADO;
- 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**O LAUDO MÉDICO DEVE CONTER:** **PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**

CÓPIA DA CURVA DE CRESCIMENTO (SEGUNDO OMS 2007) OU VELOCIDADE DE CRESCIMENTO OU PERCENTIL DE ALTURA RELATADO EM LAUDO; DESCRIÇÃO REALIZADA POR ENDOCRINOLOGISTA OU PEDIATRA INFORMANDO PESO E COMPRIMENTO AO NASCER, IDADE GESTACIONAL (NA IMPOSSIBILIDADE DE NÃO FORNECER TAIS DADOS, INFORMAR A NÃO INCLUSÃO DOS MESMOS); ESTADIAMENTO PUBERAL; REPOSIÇÕES HORMONAIIS REALIZADAS; ALTURA MEDIDA DOS PAIS BIOLÓGICOS; E SE PACIENTE POSSUI OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES.

 PARA ADULTOS:

DESCRIÇÃO REALIZADA POR ENDOCRINOLOGISTA INFORMANDO: AS REPOSIÇÕES HORMONAIIS REALIZADAS, SE PERTINENTE; FATORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA INICIADA NA VIDA ADULTA; SE PACIENTE POSSUI OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES; COMPROVAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PRÉVIA, SE EXISTENTE.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GLICOSE DE JEJUM (PARA TODOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE IGF-1 (SOMATOMEDINA-C) (PARA TODOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TSH (PARA TODOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE T4 LIVRE OU T4 TOTAL (PARA TODOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DA REGIÃO HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIA (PARA TODOS) VAL: QUALQUER DATA;
- CÓPIA DO TESTE PROVOCATIVO DE SECREÇÃO DE GH (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO) (PARA TODOS); VAL: QUALQUER DATA
- CÓPIA DO LAUDO DE RX DE MÃOS E PUNHOS (PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES); VAL: 12 MESES
- CÓPIA DO LAUDO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA COM O VALOR DO T-SCORE (PARA ADULTOS); VAL: 12 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL (PARA ADULTOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HDL (COLESTEROL) (PARA ADULTOS); VAL: 6 MESES
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS (PARA ADULTOS). VAL: 6 MESES

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:

- DESCRIÇÃO REALIZADA POR ONCOLOGISTA LIBERANDO O TRATAMENTO PARA DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO EM PACIENTES QUE ESTÃO EM REMISSÃO COMPLETA DE DOENÇA NEOPLÁSICA HÁ NO MÍNIMO DOIS ANOS.



**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO –
HIPOPITUITARISMO (facultativo)**

1. NOME DO PACIENTE: _____
2. SEXO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: _____ ALTURA ATUAL: _____ CM PESO ATUAL: _____ KG IDADE CRONOLÓGICA: _____ ANOS
3. EXAMES DE IMAGEM: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: DATA: ____/____/_____ RESULTADOS: _____ RX DE MÃO E PUNHO: DATA DO EXAME: ____/____/_____ IDADE ÓSSEA DE ANOS: _____ ANOS
4. DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____
5. INFORMAR TRATAMENTOS PRÉVIOS: _____ _____ _____
6. OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/_____ ASSINATURA E CARIMBO: _____ <p style="text-align: center;">MÉDICO</p>

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

SOMATROPINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **somatropina**, indicado para o tratamento da **deficiência de hormônio do crescimento**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas 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 os seguintes benefícios:

- aumento da altura e da velocidade de crescimento em crianças;
- aumento da densidade mineral óssea em adultos;
- melhora da dislipidemia em adultos.

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

- **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);

- a segurança para o uso da somatropina durante a amamentação ainda não foi estabelecida;

- **os 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 ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo;

- o medicamento está 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 eu 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

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: _____			

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontra o medicamento preconizado neste Protocolo.



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);