



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão:01/05/2026)

PCDT: Puberdade Precoce Central

CID-10: E22.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Ciproterona 50mg, comprimido
- Gosserrelina 10,8mg, injetável, seringa preenchida
- Leuprorrelina 3,75mg e 45mg injetável, frasco-ampola
- Triptorrelina 3,75mg e 22,5mg injetável, frasco-ampola

2. Documentos Necessários:

Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora + RG e CPF do representante**

Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:

- () LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento;
- () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios;
- () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

Renovação e Adequação:

- LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais,sintomas e tratamentos prévios

Exames Obrigatórios:

Para Solicitação Inicial:

- () Cópia do laudo da radiografia de mãos e punhos (para avaliação da idade óssea);
- () Cópia do laudo do exame de LH;
- () Cópia do laudo do exame de ultrassonografia pélvica;
- () Cópia da curva de crescimento preenchida e datada.

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.

*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

Para Renovação e Adequação:

- () Radiografia de mãos e punhos para avaliação da idade óssea (**a cada 12 meses**)
- () Curva de velocidade de crescimento
- () Cópia do laudo do exame de LH,FSH e Estradiol (**meninas**)
- () Cópia do exame com dosagem de testosterona (**meninos**)

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **Especialidade de Endocrinologistas Pediátricos, Endocrinologistas ou Pediatras** e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

4. Para receber os medicamentos:



Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto;
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº344, de 12 de maio de 1998;
- Cartão do usuário;

5. Observações:

A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;

.Os documentos(LME,Receita Médica e Laudo Médico)devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;

Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº.6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 3, de 8 de junho de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Puberdade Precoce Central**;

Apresentar laudo médico informando sobre reação alérgica local, formação de abscesso estéril com uso do análogo de GnRH ou anafilaxia;

Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais:**Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem:**Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica:**Do mês vigente**
- Exames Genéticos:**Sem validade**