

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(última revisão: 05/05/2025)

PCDT: SÍNDROME DE TURNER

CID 10: Q96.0; Q96.1; Q96.2; Q96.3; Q96.4; Q96.8

1. Medicamentos

| |
|---|
| Somatropina 4 UI – frasco-ampola; Somatropina 12 UI – frasco-ampola. |
|---|

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento). |
|--|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|---|
| <p>(<input type="checkbox"/>) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Laudo médico. Descrição clínica detalhada do diagnóstico, dos sinais e sintomas, e dos tratamentos prévios;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Relato 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;</p> |
|---|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- | |
|---|
| <p>(<input type="checkbox"/>) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Laudo médico. Descrição clínica detalhada do diagnóstico, dos sinais e sintomas, e dos tratamentos prévios;</p> |
|---|

2.3 Exames obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- | |
|---|
| <p>(<input type="checkbox"/>) Cariótipo;</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Curva de crescimento do (NCHS) de 1977 para crianças entre 5 á 12 anos ou curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde para crianças entre 2 e 4 anos.</p> |
|---|

| |
|---|
| O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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. |
|--|

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Genética e/ou Endocrinologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, receita médica atualizada, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria Conjunta nº 15 de 9 de maio de 2018 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de **Síndrome de Turner**.

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.