

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

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Síndrome de Turner

CID-10: Q96.0 | Q96.1 | Q96.2 | Q96.3 | Q96.4 | Q96.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Somatropina 4 UI e 12 UI (frasco-ampola)

2. Documentos Necessários:

2.1 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

2.2 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**
- () **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**

Renovação (a cada seis meses):

- 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

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

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial :
<input type="checkbox"/> Cariótipo <input type="checkbox"/> Curva de crescimento do (NCHS) de 1977 para crianças entre cinco a doze anos ou curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde para crianças entre dois e quatro anos
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.

Para Adequação e/ou Renovação (a cada 6 meses)
<input type="checkbox"/> Glicemia de jejum <input type="checkbox"/> TSH - Hormônio Estimulador da Tiroxina <input type="checkbox"/> Exame radiológico para avaliação da idade óssea <input type="checkbox"/> Dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C) <input type="checkbox"/> Curva do crescimento com medidas antropométricas

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade em Endocrinologia ou Endocrinologia Pediátrica correspondente à patologia e estejam regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
--

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de: <ul style="list-style-type: none">• Documento de identificação com foto• Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.• Cartão do usuário
--

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

5. Observações:

- 5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;
- 5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;
- 5.3. 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**;
- 5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.
- 5.5. 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**