

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

## Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 28/01/2026)

**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 <b>cinco a doze anos</b> ou curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde para crianças entre <b>dois e quatro anos</b>
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"/> 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 <b>em Endocrinologista e Geneticistas</b> . correspondente à patologia e estejam regularizadas no <b>CNES</b> (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"><li>• Documento de identificação com foto</li><li>• Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.</li><li>• Cartão do usuário</li></ul>
--



**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**