

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última revisão: 30/06/2023)**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"><li>✓ Carteira de Identidade – RG</li><li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li><li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li><li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li><li>✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li></ul> |
|--|

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

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</li><li>( ) <b>Laudo médico</b>. Descrição clínica detalhada do diagnóstico, dos sinais e sintomas, e dos tratamentos prévios;</li><li>( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b>.</li><br/><li>( ) <b>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;</b></li></ul> |
|---|

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li><li>( ) <b>Notificação de Receita</b>, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</li><li>( ) <b>Laudo médico</b>. Descrição clínica detalhada do diagnóstico, dos sinais e sintomas, e dos tratamentos prévios;</li></ul> |
|--|

**2.3 Exames obrigatórios;****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>( ) Cariótipo;</li><li>( ) 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>.</li></ul> <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.</p> <p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p> |
|--|



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673

## RENOVAÇÃO

### Apresentar anualmente

- ( ) Glicemia de jejum
- ( ) TSH - Hormônio Estimulador da Tiroxina;
- ( ) Exame radiológico para avaliação da idade óssea;
- ( ) Dosagem de IGF-1.

### 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 CEDMEX 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.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**