

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 31/07/2024)

PCDT: Acromegalia e gigantismo hipofisário
CID 10: E22.0

1. MEDICAMENTOS

Cabergolina 0,5 mg (por comprimido)
Lanreotida 60 mg solução injetável (por seringa preenchida)
Lanreotida 90 mg solução injetável (por seringa preenchida)
Lanreotida 120 mg solução injetável (por seringa preenchida)
Octreotida lar 10 mg/ml pó p/ susp injetável (por frasco-ampola)
Octreotida lar 20 mg/ml pó p/ susp injetável (por frasco-ampola)
Octreotida lar 30 mg/ml pó p/ susp injetável (por frasco-ampola)

2. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

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
- Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e/ou receber o medicamento).

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 (um) mês de tratamento;
() **Descrição clínica** realizada em serviço especializado em neuro endocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico)
() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E ADEQUAÇÃO

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
() **Descrição clínica** realizada em serviço especializado em neuro endocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico).

2.3 Exames



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: 83 99114-0673/99118-8691

SOLICITAÇÃO INICIAL E ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO

- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica.
- Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C).

3. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **rede privada** que pacientes com acromegalia devem ser atendidos em serviços especializados em **Neurocirurgia com endocrinologia ou neuro endocrinologia**, preferentemente de centros de referência, para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. PARA RECEBER OS MEDICAMENTOS

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao CEAF munido de documento de identificação com foto, prescrição médica atualizada, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle do usuário.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1 A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. Os documentos (LME, Prescrição Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos obrigatórios preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- 5.3 Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 2, de 7 de janeiro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Acromegalia**.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Para o recebimento de **OCTREOTIDA** ou **LANREOTIDA**, trazer caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira;

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: 83 99114-0673/99118-8691

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