

## **ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO**

### **PUBERDADE PRECOCE**

Gosserrelina, Leuprorrelina, Triptorrelina e Ciproterona  
E22.8

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico endocrinologista/ endocrinologista pediátrico.  
Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**
2. **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
3. Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.
4. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:
  - ✓ Laudo de Radiografia de mãos e punhos para avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle (válido 1 ano);
  - ✓ Cópia do exame de LH basal e FSH basal. Se exame LH < 0,3, enviar teste do LHRH ou LH 2 horas após GnRH; (válido 6 meses);
  - ✓ Cópia do exame Estradiol (meninas);
  - ✓ Cópia do exame testosterona (para meninos);
  - ✓ Cópia do exame de US pélvica (para meninas) (válido 6 meses);
  - ✓ Laudo de Ressonância magnética do Sistema Nervoso Central;
  - ✓ Avaliação do estágio puberal (Tanner);
  - ✓ Gráfico de Crescimento **COMPLETAMENTE PREENCHIDO** (OMS)- com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;

#### **Exames condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:**

- ✓ 17OH progesterona + androstenediona (nos casos de Hiperplasia Adrenal Congênita HAC associada);

#### **Para Ciproterona, também:**

- ✓ Dosagem de Bilirrubinas, (validade 3 meses);
- ✓ AST/TGO, (validade 3 meses)
- ✓ ALT/TGP. (validade 3 meses);

5. **Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G., CPF** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo. **Cópia** do **R.G.** do **responsável** legal pelo paciente.
6. **Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) **em nome do paciente** semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S)  
MEDICAMENTO(S)**

**Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.**

**ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!**