Assistência FARMACÊUTICA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ACROMEGALIA

OCTREOTIDA, LANREOTIDA E CABERGOLINA.
E22.0

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico endocrinologista ou neuroendocrinologista, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
   Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS

2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.

3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.

4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

   - ✓ Dosagem de IGF-1 (validade 6 meses);
   - ✓ Dosagem de GH pós-sobrecarga de glicose ou GH basal para diabéticos (validade 6 meses);
   - ✓ Glicemia de jejum (validade 3 meses);
   - ✓ TSH (validade 3 meses);
   - ✓ Laudo da Tomografia ou Ressonância magnética (validade 2 anos).

5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF** e **Cartão do SUS**.
   Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**
  Todos os campos deverão estar preenchidos.
  Utilizar nome genérico do(s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.
  Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.
  Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.