



Fluxo de Acesso
Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo
PORTARIA CONJUNTA Nº 28, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2018

MEDICAMENTOS
• SOMATROPINA 4 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA) • SOMATROPINA 12 UI INJETÁVEL (POR FRASCO -AMPOLA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente; • Cópia de documento de identidade e CPF do paciente; • Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente), caso o comprovante esteja em nome de Terceiros, preencher o Formulário. • Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE); • Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer às normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. (LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018; PORTARIA 344, de 1998; RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros). • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente. • Formulário de Acesso aos Medicamentos para Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo, preenchido, assinado e carimbado pelo médico; <u>(Clique Aqui)</u> • Formulário de DGH adulto <u>(Clique Aqui)</u> OU • Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. História clínica do paciente; 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo.



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Crianças e adolescentes:

- Laudo com informações clínicas: Idade, Peso e altura atuais, Peso e comprimento ao nascer,
- idade gestacional, Velocidade de crescimento no último ano ou curva de crescimento (preferencialmente) em crianças maiores de 2 anos; Estadiamento puberal; Altura média dos pais biológicos.
- Glicemia de jejum, Hemograma, Creatinina sérica, Cálcio, Fósforo, Proteínas totais e frações, Fosfatase Alcalina. (validade 03 meses)
- Hormônio estimulante da Tireoide (TSH) (validade 3 meses)
- Tiroxina livre (T4) (validade 3 meses)
- Laudo de Tomografia computadorizada (TC) ou Ressonância nuclear magnética (RNM) da (validade 12 meses) da região hipotálamo-hipofisária.
- Radiografia de mãos e punhos, (laudo e imagens) (validade 3 meses)
- Teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento) com datas e estímulos diferentes com valores (informar se foi realizado priming com estradiol ou testosterona);
- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C) (validade 3 meses)
- Cortisol Sérico 8h e Prolactina (em caso de suspeita de deficiência hipofisária múltipla) (validade 3 meses)
- LH, FSH, Testosterona (sexo masculino), Estradiol (sexo feminino) (para paciente em idade puberal) (validade 03 meses)
- Dosagem de IGFB-3 (se possível) (validade 03 meses)

Adultos:

- Laudo com informações clínicas: Idade, comprovação de deficiência prévia, se existente, de fatores de risco para deficiência iniciada na vida adulta (traumatismo, irradiação no SNC, cirurgias no SNC, doenças que acometem o eixo hipotálamo-hipofisário).
- Glicose de jejum (validade 3 meses)
- Hormônio estimulante da tireoide (TSH) (validade 3 meses)
- Tiroxina Livre (T4) (validade 3 meses)
- Laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética (RNM) da região hipotálamo-hipofisária, (validade 12 meses)
- Teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento) com datas e estímulos diferentes com valores (informar se foi realizado priming com estradiol ou testosterona);
- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C) (validade 12 meses)
- Densitometria óssea (validade 12 meses)
- Perfil lipídico: colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos séricos (validade 3 meses)
- LH, FSH, Estradiol (sexo feminino), Testosterona (sexo masculino) (validade 3 meses)
- ACTH (se possível), (validade 3 meses)
- Cortisol (validade 3 meses)



EXAMES DE MONITORAMENTO

Crianças e adolescentes:

- Formulário de Continuidade, preenchido, assinado e carimbado ([Clique Aqui](#))
- Medidas antropométricas. **Periodicidade:** a cada 3-6 meses.
- Hemograma, Glicemia de jejum, TSH, T4 livre, Exame radiológico para avaliação da idade óssea.
- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C) (se possível) Crianças e adolescentes:
Periodicidade: anualmente.

Adultos:

- Dosagem de IGF-1. **Periodicidade:** anualmente ou após mudança de dose.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

CEDEBA- Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto.
Salvador/Ba.

Tel: da Farmácia: 3270-5701

Horário: 8h às 18h

E-mail: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- E23.0 Hipopituitarismo

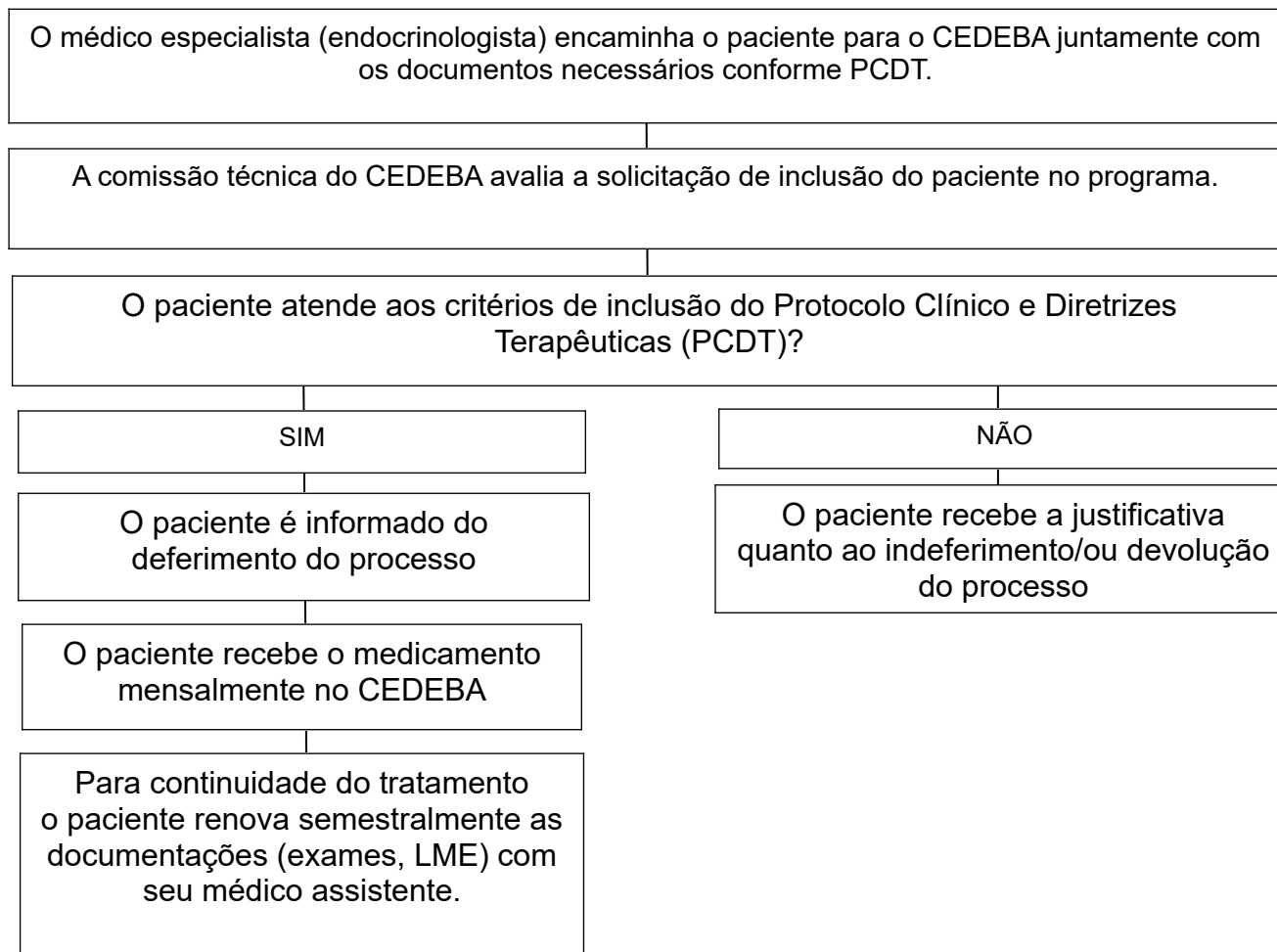
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP):
<http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- Os pacientes devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos, cuja avaliação periódica deve ser condição para a continuidade da dispensação do medicamento.
- Recomenda-se a indicação de centro de referência para avaliação e monitorização clínica das respostas terapêuticas, decisões de interrupção de tratamento e avaliação de casos complexos e de difícil diagnóstico.



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

