

Fluxo de Acesso - Síndrome de Turner
PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 31 DE JULHO DE 2025.

MEDICAMENTOS

- SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
- SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;(em nome do paciente ou responsável pelo paciente), caso o Termo esteja em nome de Terceiros, preencher o Formulário.
- Laudo de Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), com todos os campos de preenchimento obrigatórios(*) preenchidos(renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrições médicas devem obedecer as 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) (renovar a cada consulta);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Formulário de acesso ao medicamento para Síndrome de Turner, preenchido, assinado e carimbado pelo médico.
- Formulário de continuidade para tratamento da Síndrome de Turner, preenchido, assinado e carimbado pelo médico.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. História Clínica do(a) paciente. 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Síndrome de Turner**.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

- Dosagem de TSH (validade 3 meses)
- Dosagem de T4 livre (validade 3 meses)
- Radiografia de mãos e punhos (laudo e imagem) (validade 12 meses)
- Exame de Cariótipo (validade indeterminada)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Glicemia em jejum (pacientes a partir de 10 anos de idade), TSH, Radiografia de mãos e punhos (laudo e imagem). **Periodicidade:** Anualmente.
- Consultas clínicas com aferição das medidas antropométricas. **Periodicidade:** a cada 6 meses
- Exame complementar da somatomedina-C ou fator de crescimento insulina símile 1 (IGF-1). **Periodicidade:** anualmente e sempre que houver necessidade de alteração de dose.

UNIDADE 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: 3106-6069/3106-6040

Horário: 8h às 17h

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)

Q96.0 Cariótipo 45,X

Q96.1 Cariótipo 46,X iso

Q96.2 Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso

Q96.3 Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY

Q96.4 Mosaicismo cromossômico, 45, X/outras linhagens celulares com cromossomo sexual anormal

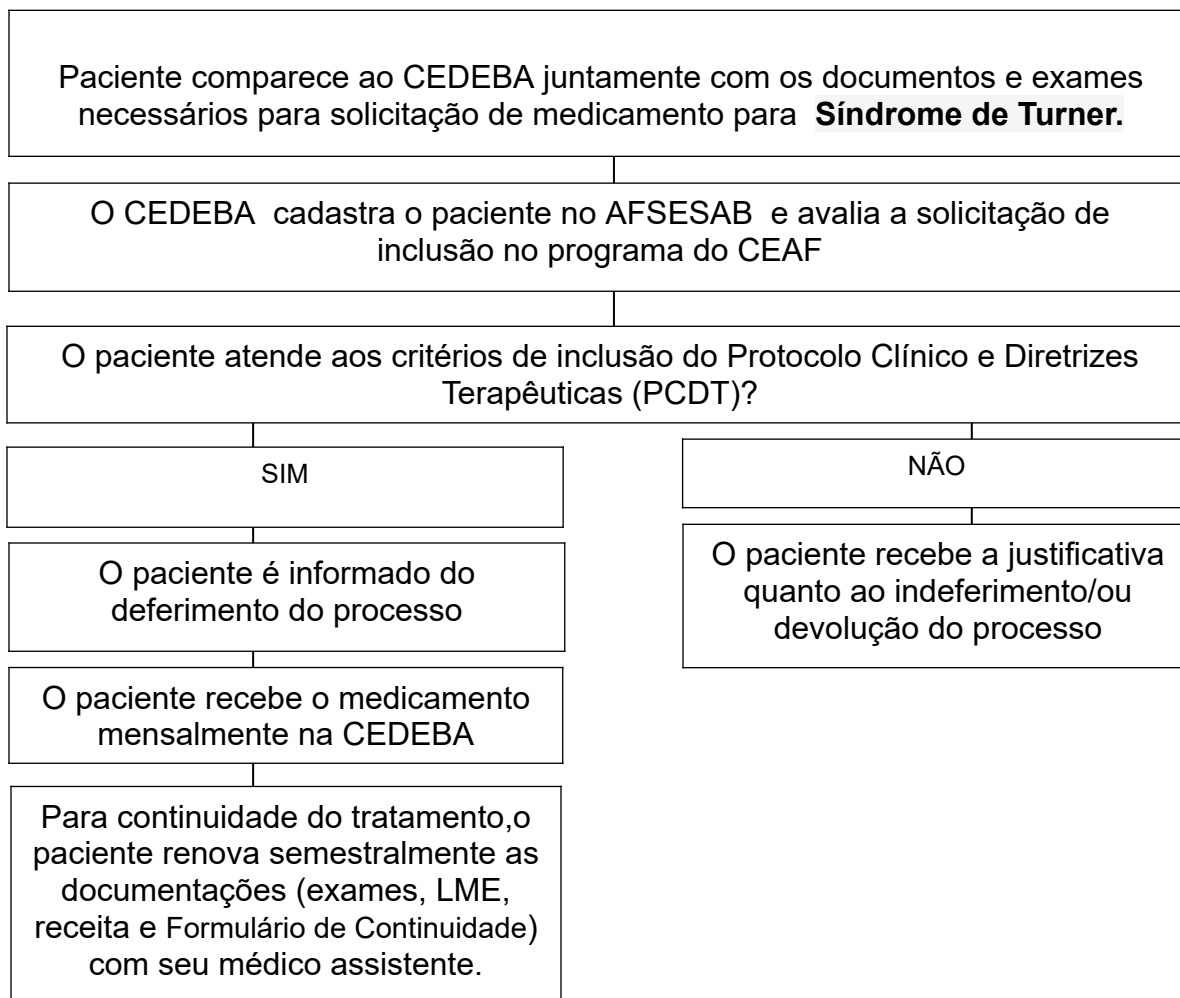
Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner

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

- É preferível que os(as) pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica e que sejam monitorizados os efeitos adversos e benefícios a longo prazo em serviços especializados.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

