



– Doença/Agravo:

OBESIDADE - PCDT / GO

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- E 66.0 — Obesidade devida a excesso de calorias
- E 66.1 — Obesidade induzida por drogas
- E 66.2 — Obesidade extrema com hipoventilação alveolar
- E 66.8 — Outra obesidade
- E 66.9 — Obesidade não especificada

– Medicamento(s) disponível(is):

- **LIRAGLUTIDA 6 mg/ mL (caneta preenchida com 3mL)**

**Somente para pacientes
≥ 12 anos e < 21 anos de idade**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria SES-GO nº 523/2023, de 09 de fevereiro de 2023 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e as devidas incorporações.

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, a dispensação de medicamentos pode ser verificada no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

[ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

- Este Protocolo se destina somente a pacientes residentes e domiciliados no Estado de Goiás, mediante comprovação documental e visita domiciliar, conforme descrito no item 4 (ver abaixo).

ATENÇÃO: Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade.

A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

1 – Prescrição médica devidamente preenchida: O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. **Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).**



- **PRESCRIÇÃO MÉDICA** (sem controle especial). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).
(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)

2 – Relatório médico elaborado por Médico especialista em ENDOCRINOLOGIA informando:

- a) as manifestações clínicas presentes no(a) paciente, bem como, os critérios utilizados para a indicação de tratamento farmacológico;
- b) as comorbidades (ex.: diabetes, hipertensão etc) presentes no(a) paciente, quando aplicável;
- c) se o(a) já foi submetido a cirurgia bariátrica e a data da cirurgia.

3 – Relação do(s) Exame(s) Obrigatório(s) para inclusão no Programa:

- **Observações:**

- O Laudo Laboratorial deve ser datado e assinado pelo responsável técnico, conforme a resolução RDC nº 302/2005 (ANVISA/MS).
- Posteriormente, OUTROS exames complementares poderão ser exigidos por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída

4.1 - Exames gerais, para solicitação de quaisquer dos medicamentos tratados nessa relação de documentos:

- Laudo do exame de Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil (Validade máxima de **30 dias**)
- Laudo do exame de Bilirrubinas (direta e indireta) – (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame de Fosfatase Alcalina - (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame da TFG (Taxa de Filtração Glomerular – Creatinina Sérica e/ou Cistatina C) (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Dosagem de Aspartato Aminotransferase – AST – ou Glutâmico Oxaloacética – TGO – (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Dosagem de Alanina Aminotransferase – ALT – ou Glutâmico Pirúvica – TGP – (Validade máxima de 90 dias).

4 – Documentos pessoais do paciente:

ATENÇÃO: Considerando a • Portaria SES-GO n.º 523/2023, de 09 de fevereiro de 2023 que amplia o acesso ao Usuário à assistência farmacêutica no Estado de Goiás para o tratamento da Obesidade, os documentos, listados a seguir, deverão ser obrigatórios para a abertura do processo de autorização dos medicamentos contidos neste Protocolo Clínico Complementar e Diretrizes Terapêuticas, bem como, a realização de visita domiciliar ao endereço informado pelo requerente (paciente), sem agendamento prévio, no intuito de que haja comprovação de que este reside no Estado de Goiás.

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone). **Caso o comprovante de endereço não esteja no nome do requerente, o proprietário e/ou locatário do imóvel deverá emitir uma declaração, devidamente assinada, cientificando que o requerente (paciente) reside naquele local. A assinatura do declarante deverá ter firma reconhecida em cartório.**
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.



5 – LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.go.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

[ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME](#)

[LME](#)

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (**90**) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.



ANEXO I

1ª Via Farmácia / 2ª Via do Paciente (Imprimir em duas vias)

TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome do(a) paciente ou responsável legal), declaro ter sido informado(a) claramente sobre o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da **OBESIDADE** e que devo trazer os seguintes exames e/ou relatórios, sendo:

- TRIMESTRALMENTE:

- Relatório de acompanhamento com **Psicólogo(a)** atualizado (validade de 30 dias);
- Relatório de acompanhamento com **Nutricionista** atualizado (validade de 30 dias);

- SEMESTRALMENTE:

- Relatório de acompanhamento com **Médico Endocrinologista** atualizado (validade de 30 dias);
- Laudo do exame de Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil (Validade máxima de 30 dias)
- Laudo do exame de Bilirrubinas (direta e indireta) – (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame de Fosfatase Alcalina - (Validade máxima de 90 dias).
- Laudo do exame da TFG (Taxa de Filtração Glomerular – Creatinina Sérica e/ou Cistatina C) (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Dosagem de Aspartato Aminotransferase – AST – ou Glutâmico Oxaloacética – TGO – (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Dosagem de Alanina Aminotransferase – ALT – ou Glutâmico Pirúvica – TGP – (Validade máxima de 90 dias).

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Atenção: O recebimento do medicamento deverá seguir as orientações internas da Unidade e previamente divulgadas durante a abertura do processo.