



– Doença/Agravo:

## ✓ SÍNDROME DE TURNER

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

- 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

– Medicamento(s) disponível(is):

- **SOMATROPINA 12 UI (injetável)**

– 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 Conjunta nº 15, de 09 de maio de 2018 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos podem ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” na aba “**INFORMAÇÕES**” do site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

### [ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

**ATENÇÃO:** Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, devendo o armazenamento dos documentos originais ser de responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. Tais documentos poderão ser solicitados a qualquer momento pela Unidade em um período de até **05 (cinco) anos**.

**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.

**1.1 – Para a Unidade Federativa (UF) Estado de Goiás – GO:**

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B (cor azul) conforme a Resolução GAB/SES-GO Nº 002/2008 de 22/10/2008). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).  
(Validade máxima de 30 dias corridos a contar da data da emissão)

**1.2 – Para as DEMAIS Unidades da Federação e Distrito Federal:**

- RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (cor branca) conforme a Portaria nº 344/98. O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).  
(Validade máxima de 30 dias corridos a contar da data da emissão)

**2 – Preenchimento do Questionário para Síndrome de Turner (ANEXO I) por PEDIATRA e/ou ENDOCRINOLOGISTA.****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

**• CURVA DE CRESCIMENTO conforme descrito abaixo:**

- ✓ Crianças entre 2 e 5 anos de idade: Organização Mundial de Saúde
- ✓ Crianças acima de 5 anos de idade: *National Center for Health Statistics (NCHS)/ Center of Disease Control (CDC)*.
- Laudo do exame de Raios-X de mãos e punhos, para avaliação da idade óssea (Validade máxima de 01 ano);
- Laudo do exame de Cariótipo;
- Laudo do exame de Dosagem do Hormônio Estimulador da Tireóide – TSH (Validade máxima de 90 dias);
- Laudo do exame de Tiroxina (T4) total ou livre (Validade máxima de 90 dias);

**4 – Documentos pessoais do paciente:**

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

**5 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

**6 – 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.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 - Questionário para Síndrome de Turner

- Nome do paciente: \_\_\_\_\_

- Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### 1) Quais os sinais clínicos estão presentes?

- Baixa estatura                       Disgenesia gonadal                       Pescoço alado                       Tórax alargado  
 Cúbito valgo                       Linfedema                       Outros. Descrever abaixo

---

---

---

### 2) Assinalar se a paciente apresenta alguma das manifestações abaixo:

- Doença neoplásica maligna ativa. Anexar relatório do Médico Oncologista liberando o uso do medicamento.  
 Anomalia congênita renal                       Anomalia congênita cardiovascular  
 Hipertensão intracraniana benigna                       Retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa  
 Alguma doença aguda grave que necessite de internação. Citar: \_\_\_\_\_  
 ***Nenhuma manifestação supracitada***

### 3) Citar os medicamentos que a paciente está em uso:

---

---

---

---

### 4) Outras informações pertinentes:

---

---

---

---

Carimbo e Assinatura do médico **Pediatra e/ou Endocrinologista**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE****Estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina**, indicados para o tratamento da síndrome de Turner.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer o benefício do aumento da altura e velocidade de crescimento.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **estrogênios conjugados e medroxiprogesterona**: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);
- **somatropina**: medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **efeitos adversos dos estrogênios conjugados**: coceira, dor na barriga, gases intestinais, candidíase vaginal, sangramento urinário e uterino; inflamação na vagina, fraqueza; câibras nas pernas
- **efeitos adversos da medroxiprogesterona**: sangramento uterino, corrimento vaginal, dor de cabeça, náusea, depressão, insônia, nervosismo, tontura, alopecia, acne, urticária, prurido, aumento de peso, fadiga, dor e sensibilidade nas mamas, entre outros.
- **efeitos adversos da somatropina**: reações no local da injeção, como dor, inchaço e inflamação. Algumas reações mais raras incluem dor de cabeça, dor nos músculos, fraqueza, aumento da glicose no sangue, resistência à insulina, dor no quadril e/ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo;
- os medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. (  ) **Sim.** (  ) **Não.**



Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		Data:	

**Observação:**

- Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.
- Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.