

SOMATROPINA - Síndrome de Turner

4 UI injetável (1,33 mg por frasco-ampola = 1,33 mg por mL de solução injetável) /
12 UI injetável (4 mg por frasco-ampola = 2 mg por mL de solução injetável)

Portaria Conjunta nº 15, de 9 de maio de 2018 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8

Quantidade máxima mensal:

Em UI: 0,135 a 0,15 UI/kg/dia, 6 a 7 vezes/semana

Em mg: 0,045 a 0,050 mg/kg/dia, 6 a 7 vezes/semana, ou 0,3 a 0,375 mg/kg/semana

Grupo de Financiamento: 1B

Observações:

- Excepcionalmente doses de até 0,2 UI/kg/dia podem ser prescritas em casos de baixa velocidade de crescimento e comprometimento da altura final, mantidos níveis de IGF-1 dentro dos valores de normalidade.

- **Idade mínima:** de 2 anos.

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Receita de Controle Especial, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico endocrinologista ou geneticista responsável pelo atendimento ao paciente, contendo a posologia em UI/kg/dia ou mg/kg/dia ou mg/kg/semana, bem como as orientações para diluição e administração do medicamento.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Exames (original e cópia):
 - Cariótipo;
 - Dosagem sérica – TSH;

- Dosagem sérica – T4 livre.

Para pacientes com idade entre 2 a 5 anos:

- Curva de crescimento da OMS (Organização Mundial da Saúde).

Para pacientes com idade acima de 5 anos:

- Curva de crescimento do *National Center for Health Statistics* (NCHS) / Center of Disease Control (CDC);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Receita de Controle Especial, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico endocrinologista ou geneticista responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente), contendo a posologia em UI/kg/dia ou mg/kg/dia ou mg/kg/semana, bem como as orientações para diluição e administração do medicamento.
3. Exames (original e cópia):
 - Anualmente:
 - Glicemia de jejum;
 - Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tiroestimulante);
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea;
 - Dosagem de IGF-1 ou Somatomedina C.