

# OCTREOTIDA - Acromegalia

Lar 10 mg, 20 mg e 30 mg injetável – frasco-ampola; 0,1 mg/mL injetável – ampola

Portaria SAS/MS nº 199, de 25 de fevereiro de 2013 (Protocolo na íntegra)

## Informações

**CIDs:** E22.0

**Quantidade máxima mensal:** 5 mg – 186 comprimidos / 10 mg – 93 comprimidos

**Grupo de Financiamento:** 1A

## 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 ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
  - Dosagem de GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose ou GH (Hormônio de Crescimento) basal para diabéticos;
  - Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C)
  - Laudo/relatório médico da Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise.
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. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:

A cada 3 meses (1º ano) e a critério do médico prescritor (após 1º ano):

- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);
- GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose.