



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO SINDROME DE TURNER

SOMATROPINA

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico, **especialista** para a patologia em questão.
Obs.: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!

Receita Médica, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = **nome genérico**), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

Cópia de **Exames** complementares mais **recentes** que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

- Glicemia em jejum e TSH
- Dosagem de GH após sobrecarga de glicose ou IGF-1 (somatomedina=IGFBP3)
- Laudo do Raio-X de mãos e punhos esquerdos
- Curva do crescimento
- Cariótipo

Obs.: Crianças menores de 1 ano, a idade óssea deverá ser estimada por Raio-X do joelho.

Cópia dos Documentos Pessoais do paciente: **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

Cópia do comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone) **em nome do paciente** semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S)
MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!