FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO E SÍNDROME DE TURNER

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

Este formulário somente será avaliado com o completo preenchimento dos dados solicitados.

1-Identificação

Nome:	
Data nascimento: / /	Idade: Data preenchimento: / /
Mãe ou responsável:	
CPF do paciente:	
Município:	Telefone:

2- Assinalar a indicação de tratamento:

	Deficiência de Hormônio de Crescimento
	Síndrome de Turner

3- Dados referentes aos pais

Altura do pai:
Altura da mãe:
Data da primeira menstruação da mãe:

4- Dados do paciente:

Peso de nascimento:
Comprimento de nascimento:
Idade gestacional:
Desenvolvimento neuropsicomotor:
Já faz uso de GH? Data de início:

5- Dados adicionais: (justificativa em caso de não realização de testes)

6- Exames Obrigatórios:

6.1- Deficiências do hormônio de crescimento (Deficiência GH):

a) Gráfico de crescimento: Anexar ao processo**.**

b) RX de punhos e mãos para idade óssea: Anexar ao processo laudo e o filme (RX).

Informar os dados do RX de idade óssea:

Idade óssea = Idade cronológica =

c) Testes de Estímulo da secreção de GH: Anexar Cópia do exame e preencher a tabela abaixo com os dados.

Teste da Clonidina

GH	IGF-1 (basal)	TSH (basal)	T4 livre (basal)
Basal =			
45' =			
60' =			
90' =			
120 =			

Teste da Insulina

	Glicemia	GH*	Cortisol	IGF-1 (basal)	TSH (basal)	T4 livre (basal)
Basal						
15'						
30'						
45'						
60'						
90'						

d) Tomografia axial computadorizada de crânio e/ou Ressonância Magnética de Crânio: Anexar o Laudo ao processo.

6.2- Síndrome de Turner:

a) Gráfico de crescimento de TURNER: Anexar ao processo.

b) Exame de Cariótipo: Anexar cópia do exame ao processo.

7-EXAMES COMPLEMENTARES (validade do exame 6 meses):

Informar os dados, não é necessário anexar cópia dos exames.

Hematócrito =	**Anticorpo antigliadina = ou**
Creatinina =	**Anticorpo antiendomíseo = ou**
Densidade urinária =	**Anticorpo antitransglutaminase = ou**
Cálcio =	**Fosfatase alcalina =**
Fósforo =	

8 - Considerações gerais:

▪ Descartar síndromes disabsortivas, síndromes genéticas e displasias ósseas.

▪ Os testes serão considerados negativos se a resposta do GH for menor do que 5ng/mL (ICMA ou IFMA), ou especificar o método utilizado e sua respectiva unidade.

▪ Caso o teste de estímulo for normal, mas a velocidade de crescimento for incompatível com a faixa etária e o estadio puberal, pensar em isoforma de GH bioinativa ou resistência ao GH, solicitar IGF-1 e IGFBP-3.

▪ O uso concomitante de análogo de GnRH somente será liberado em caso de puberdade precoce.

▪ Enviar ficha de avaliação continuada e gráfico de crescimento atualizados, com letra legível, constando, data de início do uso de GH, velocidade de crescimento, se parou ou não o medicamento no curso do tratamento e quanto tempo ficaram sem a medicação.

09 - Indicações de uso de hormônio de crescimento:

▪ Deficiência de hormônio de crescimento,

▪ Síndrome de Turner.

OBS: Retardo de crescimento intrauterino (RCIU), insuficiência renal, baixa estatura idiopática e baixa estatura familiar não fazem parte do PCDT/MS.

10 - Dose preconizada de hormônio de crescimento conforme PCDT/MS:

▪ Síndrome de Turner: 0,13 - 0,15 UI/Kg/dia.

▪ Deficiência do hormônio de crescimento:

▪ Crianças: 0,075 - 0,10 UI/Kg/dia.

▪ Adultos: 0,5 - 1,0 UI/dia, ajustada com dosagem de IGF-I.

11 - Quando parar o uso hormônio de crescimento?

▪Meninas, ao atingir idade óssea de 14 anos e/ou VC <2cm/ano.

▪Meninos, ao atingir idade óssea de 16 anos e/ou VC <2cm/ano.

▪Sem resposta adequada ao GH.

12 - Evolução dos pacientes em uso hormônio:

▪Solicitar idade óssea anual.

▪Manter a curva ponderoestatural atualizada e preenchida por completo.

▪Preencher a folha de avaliação continuada.

▪Solicitar hemograma, glicemia, IGF1, TSH e T4 a cada 6 meses ou a critério clínico.

_____ _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) Local e Data