

Guia de Orientação ao Usuário

Endometriose

PCDT / CID 10: N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8

1. Medicamentos

Leuprorrelina 3,75 mg injetável, frasco-ampola;
Leuprorrelina 11,25 mg injetável, frasco-ampola;
Gosserrelina 3,6 mg injetável, seringa preenchida;
Gosserrelina 10,8 mg injetável, seringa preenchida ;
Danazol 100 mg cápsula

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- () Carteira de Identidade – RG
- () Cadastro de Pessoa Física – CPF
- () Cartão Nacional de Saúde – CNS
- () Comprovante de Residência (*Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência*)
- () Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> () LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento. () Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> () LME – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; () Laudo Médico, descrevendo histórico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)	Renovação a cada 3 (três) meses (CÓPIA DOS EXAMES)
<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Laparoscopia/ Laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal; () B-HCG (Para mulheres em idade fértil) *15 DIAS DE VALIDADE <p>Para Danazol, também:</p> <ul style="list-style-type: none"> () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética–TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); 	<p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Contagem de plaquetas – 6 meses. <p>Para Gosserrelina 3,6/10,8 mg / Leuprorrelina 3,75/11,25 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Densitometria óssea anual <p>*Beta-HCG validade de 15 dias</p>

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias úteis;
2. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
4. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Endometriose.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO 07:30hs às 16:30hs (renovação e dispensação) 07:30hs às 16h (cadastro inicial) Segunda a sexta	CENTRAL TELEFÔNICA 3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs. Segunda a sexta	PORTAL SESAU/LINK CEAF http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia- farmaceutica/guias-de-orientacao/ (todas as letras devem ser minúsculas)
---	--	---



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Pelo presente instrumento particular de _____

Nome do paciente

portador do documento de identidade nº _____

emitido pela _____

e do _____