Fluxo de Acesso - Acromegalia
PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 23, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025.

MEDICAMENTOS
• CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO) • LANREOTIDA 120 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) • LANREOTIDA 60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) • LANREOTIDA 90 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) • OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETÁVEL (POR FRASCO - AMPOLA) • OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETÁVEL (POR FRASCO - AMPOLA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente; • Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável legal pelo paciente), se o comprovante estiver em nome de terceiros preencher Formulário. • Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE); • Prescrição médica adequadamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer às normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado.(LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018;PORTARIA 344, de 1998;RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros). • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente. • Formulário de acesso aos Medicamentos para Acromegalia, adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico do paciente. **OU** • Relatório médico informando: CID-10, história clínica do paciente, tratamento medicamentoso realizado, os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da de Acromegalia.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
Exames obrigatórios: • Glicemia de jejum (validade 3 meses) • Dosagem de HbA1c (hemoglobina glicada) (validade 3 meses) • Dosagem de IGF 1 (fator de crescimento tipo insulina 1) ;(validade 3 meses) • Dosagem de hormônio de crescimento (GH) após sobrecarga de glicose ou basal (sem sobrecarga de glicose para paciente diabético) ;(validade 3 meses) • Ressonância magnética (RM) de Hipófise. (pacientes com contraindicação a esse exame devem realizar Tomografia Computadorizada (TC) de Hipófise).(validade indeterminada). **Exames condicionados à situação clínica do paciente (não são obrigatórios, mas podem ser solicitados pelo avaliador):** • Dosagem dos Níveis Séricos dos seguintes hormônios: Cortisol, TSH, T4 livre, Prolactina, LH, FSH e Testosterona total (em homens). • Laudo de Tomografia Computadorizada de tórax ou de abdômen; ou • Colonoscopia; OU • Ecografia de tireoide; ou • Ecocardiografia Ou • Exame oftalmológico com realização de campimetria visual

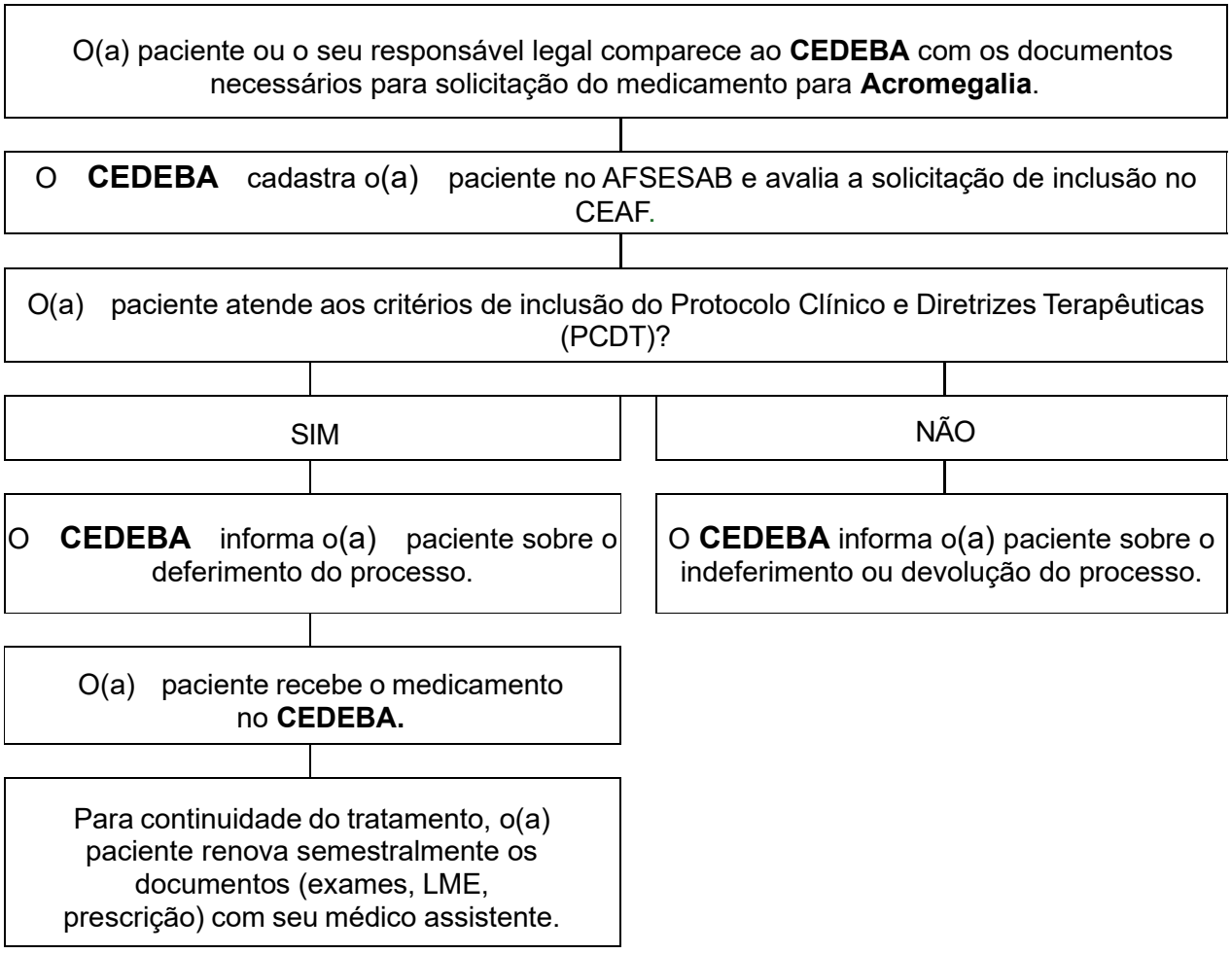
EXAMES DE MONITORAMENTO
• Dosagens séricas de IGF-1 e GH após sobrecarga de glicose ***Periodicidade:*** a cada 12 meses • RM de Hipófise ***Periodicidade:*** a cada 6 a 12 meses depois do procedimento, depois disso, quando houver sinais clínicos ou laboratoriais de recorrência. **No caso de diabéticos, devem ser realizadas;** • Dosagens de IGF-1 e GH basal sem sobrecarga de glicose. ***Periodicidade***: Trimestralmente no primeiro ano e, após, anualmente.

UNIDADES DE REFERÊNCIA
<u>Capital e Região Metropolitana</u> **CEDEBA- Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia** End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/Ba. Tel: da Farmácia: 3103-6039/6040 Horário: 8h às 17h **E-mail**: **cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br** **<u>Interior</u>** **Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)**

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)
E22.0 Acromegalia e gigantismo hipofisário. **Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): http://sigtap.datasus.gov.br/**

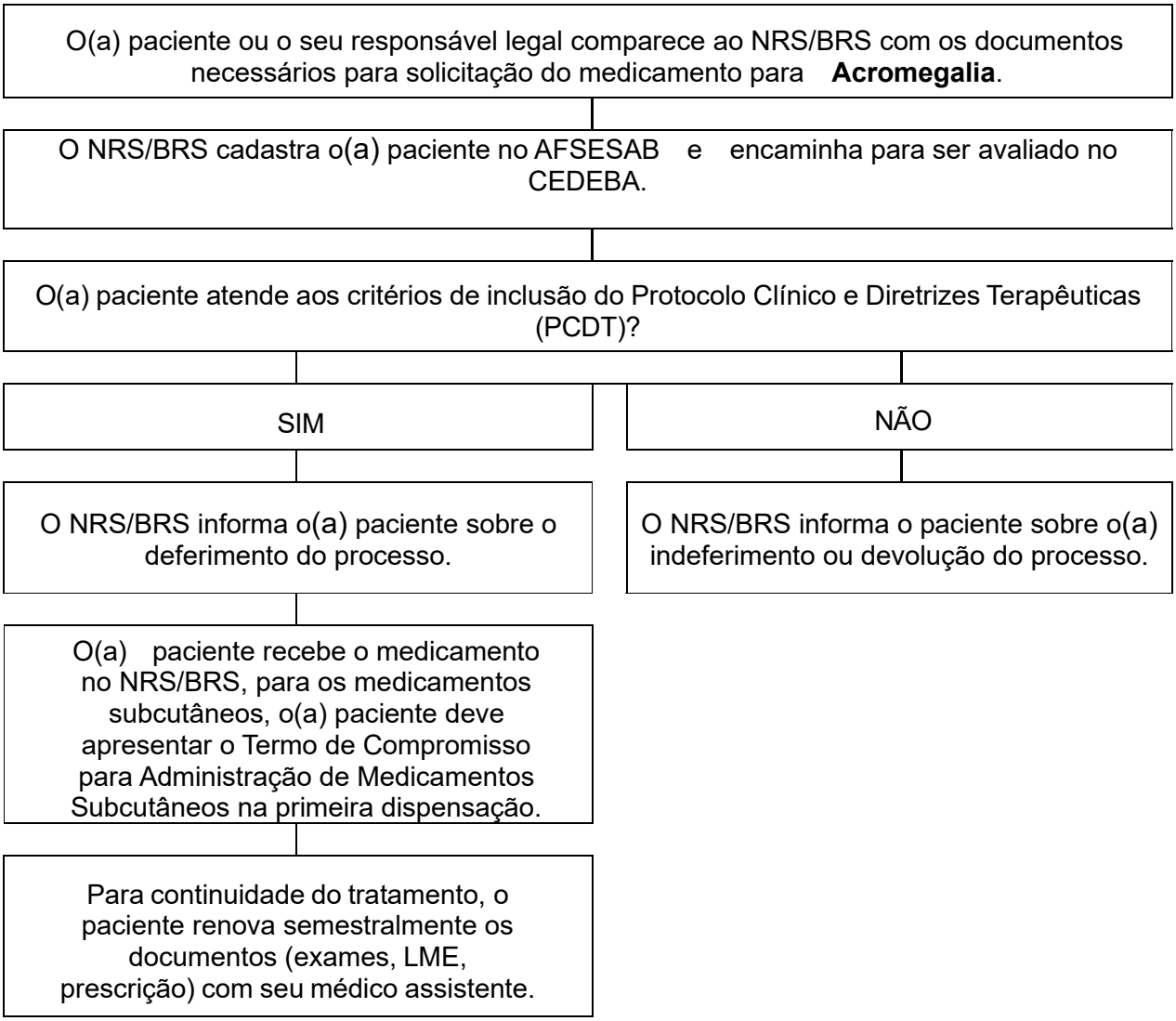
OBSERVAÇÕES
Pacientes com acromegalia devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica em serviços especializados de neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia. A existência de centro de referência facilita a avaliação diagnóstica, o tratamento, o ajuste de doses conforme necessário e o controle de efeitos adversos.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



Elaborador: COAFE
Data: 09/11/2026

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES



Elaborador: COAFE
Data: 09/11/2026