# FLUXO DE ACESSO - SÍNDROME DE TURNER

## PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 31 DE JULHO DE 2025

| MEDICAMENTOS |
|---|
| • SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)<br>• SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA) |

| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS |
|---|
| • Cópia do documento de identidade e CPF do paciente;<br>• Cópia do comprovante de residência do paciente ou de seu responsável legal. Se em nome de terceiros, preencher formulário específico;<br>• Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME) adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);<br>• Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normativas vigentes);<br>• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido;<br>• Formulário de acesso ao medicamento para Síndrome de Turner adequadamente preenchido;<br>• Relatório médico com CID-10, informando a 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 patologia. |

| EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO |
|---|
| • Dosagem de TSH (validade 3 meses).<br>• Dosagem de T4 livre (validade 3 meses).<br>• Radiografia de mãos e punhos (laudo e imagem) (validade 12 meses).<br>• Exame de Cariótipo (validade indeterminada). |

| EXAMES DE MONITORAMENTO |
|---|
| • Formulário de Continuação para tratamento da Síndrome de Turner adequadamente preenchido. ***Periodicidade:*** a cada 6 meses.<br>• Glicemia de jejum (pacientes a partir de 10 anos de idade), TSH, Radiografia de mãos e punhos (lauto e imagem). ***Periodicidade:*** anualmente.<br>• Consultas clínicas com aferição das medidas antropométricas. ***Periodicidade:*** a cada 6 meses.<br>• Exame complementar da somatomedina-C ou fator de crescimento insulina símile 1 (IGF-1). ***Periodicidade:*** anualmente e sempre que houver necessidade de alteração de dose. |

## RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Em caso de aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.
- **Em caso de continuidade do tratamento, sem aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade de cadastro.

**Atenção:** quando houver troca de medicamento ou aumento da dose, a solicitação deverá ser realizada por médico especialista, se previsto para a patologia em questão.

## UNIDADES DE REFERÊNCIA

**Capital e Região Metropolitana**

**CEDEBA - Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia**
End: Avenida ACM, S/N (lado ímpar), dentro do Complexo de Atenção à Saúde (CAS) Professor Doutor José Maria de Magalhães Neto - Iguatemi, Salvador - BA.
Tel.: (71) 3103-6039/6040 | (71) 98284-2119 (Whatsapp).
Horário: 7h às 17h.
E-mail: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br

**Interior**

**Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)**

## CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

**Q96.0 Cariótipo 45,X**
**Q96.1 Cariótipo 46,X iso**
**Q96.2 Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso**
**Q96.3 Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY**
**Q96.4 Mosaicismo cromossômico, 45, X/outras linhagens celulares com cromossomo sexual anormal**
**Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner**

**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

- É preferível que os(as) pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica e que sejam monitorizados os efeitos adversos e benefícios a longo prazo em serviços especializados.

## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

A paciente ou o seu responsável legal comparece ao CEDEBA com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Síndrome de Turner.

O CEDEBA cadastra a paciente no AFSESAB e avalia a solicitação de inclusão no CEAF.

A paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O CEDEBA informa a paciente sobre o deferimento do processo.

A paciente recebe o medicamento no CEDEBA.

Para continuidade do tratamento, a paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME, prescrição e Formulário de Continuidade) com seu médico assistente.

NÃO

O CEDEBA informa a paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

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

