

LEUPRORRELINA

PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 13 – de 27 de julho de 2022

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 3,75 mg, 11,25 mg e 45 mg (pó para suspensão injetável)

CID contemplados: E22.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 3,75 mg – 2 frascos-ampola (mensal)/ 11,25 mg -1 frasco-ampola/ 45 mg – 1 frasco-ampola (semestral).

- **Para faturamento (SIGTAP)** 3,75 mg – 2 frascos-ampola (mensal)/ 11,25 mg - 1 frasco-ampola/ 45 mg – 1 frasco-ampola (semestral).

Grupo de financiamento: 1B

Observações: Leuprorrelina 45mg - Eligard Zodiac -Conservar sob refrigeração (2° a 8°C). Após preparado usar em até 30 minutos.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Lauda de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo

médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Cópia dos exames:

Para meninas:

- Dosagem sérica – LH (Hormônio Luteinizante);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico de Ultrassonografia pélvica.

Para meninos: Laudo/relatório médico de Ultrassonografia pélvica

- Dosagem sérica – LH (Hormônio Luteinizante);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

4. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação da Continuidade

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica - LH (Hormônio Luteinizante).

Anualmente:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se ao Centro de Atenção de Saúde de Sergipe – CASE, farmácia de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Sergipe, para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;
- III – Número de telefone do representante.