



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



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

**1-Identificação**

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

**2- Assinalar a indicação de tratamento:**

<input type="checkbox"/>	Deficiência de Hormônio de Crescimento
<input type="checkbox"/>	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.

<u>Hematócrito =</u>	<u>Anticorpo anti gliadina =</u>	<u>ou</u>
<u>Creatinina =</u>	<u>Anticorpo anti endomíseo =</u>	<u>ou</u>
<u>Glicemia =</u>	<u>Anticorpo antitransglutaminase =</u>	<u>ou</u>
<u>Cálcio =</u>	<u>Fosfatase alcalina =</u>	
<u>Fósforo =</u>	<u>Densidade urinária =</u>	

**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