



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

OCTREOTIDA

Acromegalia

Portaria Conjunta nº 2, de 07 de janeiro de 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: Lar 10 mg, 20 mg e 30 mg injetável – frasco-ampola; 0,1 mg/ml injetável – ampola

CID contemplado: E22.0

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: Lar 10 mg – 8 frascos-ampola / Lar 20 mg – 2 frascos-ampola / Lar 30 mg – 2 frascos-ampola / 0,1 mg/ml – 1 ampola

Para faturamento (SIGTAP): Lar 10 mg – 8 frascos-ampola / Lar 20 mg – 2 frascos-ampola / Lar 30 mg – 2 frascos-ampola / 0,1 mg/ml – 1 ampola

Grupo de financiamento:

Octreotida Lar 20mg; Octreotida Lar 30 mg: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde;

Octreotida Lar 10 mg; Octreotida 0,1 mg/ml: 1B - Aquisição pelo Estado do Amazonas com recurso federal.

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

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

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

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

4. Cópia dos exames:

- Dosagem de GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose ou GH (Hormônio de Crescimento) basal para diabéticos;
- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);
- Laudo/relatório médico da Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise.

A critério do médico prescritor:

- [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:

A critério do médico prescritor (após 1º ano):

- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);
- GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose.