

## 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 – 4 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 – 4 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 de São Paulo 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 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

OCTREOTIDA – ACROMEGALIA (Atualizado em 23/01/2023)

- 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](#) (páginas 14 a 15 do protocolo)

### 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 cada 3 meses (1º ano) e à critério do médico prescritor (após 1º ano):

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

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, 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;

II – Número de telefone do representante.



**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

OCTREOTIDA – ACROMEGALIA (Atualizado em 23/01/2023)



**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

OCTREOTIDA – ACROMEGALIA (Atualizado em 23/01/2023)

