

## TRIPTORRELINA

### Puberdade Precoce Central

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 13 – de 27 de julho de 2022 ([Portaria na Íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 3,75 mg injetável – frasco-ampola / 11,25 mg injetável – frasco-ampola

**CIDs contemplados:** E22.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 3,75 mg – 2 frascos-ampola / 11,25 mg – 1 frasco-ampola (a cada três meses)
- **Para faturamento (SIGTAP):** 3,75 mg – 2 frascos-ampola / 11,25 mg – 1 frasco-ampola

**Grupo de financiamento:** 1B

**Observações:**

Nome comercial NEO DECAPETYL LP®, fabricante DEBIO PHARM RESEARCH & MANUFACTURING S/A SUIÇA, conforme Ata de Registro de Preços vigente (nº 002/2019).

Veja aqui o guia de [preparo do medicamento](#).

#### 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
  - Documento de identidade;  
TRIPTORRELINA – PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Atualizado em 18/08/2022)

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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

#### 4. 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:

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

#### 5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (pág. 11).

### 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.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.