



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

| SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos | ABERTURA PROCESSO (1ª vez) | MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames) | CID-10 Médico Especialista |
|---|---|--|---|
| ACNE GRAVE (Protocolo MS) Isotretinoína 10mg e 20mg cáps. Acne Grave | <ul style="list-style-type: none">- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos e ALT/TGP e AST/TGO (validade 90 dias);- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.- Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente. | <ul style="list-style-type: none">- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: aos 30 dias e, após, trimestral.- BHCG para mulheres em idade fértil. Periodicidade: Mensal. | L70.0 L70.1 L70.8 Dermatologista (Preferencialmente) Acne Grave (PCDT) |
| ACROMEGALIA (Protocolo MS) Cabergolina 0,5mg comp. Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A Acromegalia | <ul style="list-style-type: none">- LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contra-indicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (validade 90 dias);- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (validade 180 dias);- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (validade 24 meses);- Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (validade 90 dias). | <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). Periodicidade: Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente. | E22.0 Endocrinologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência. Acromegalia (PCDT) |
| ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS) Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 2.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI Anemia na Doença Renal Crônica | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo (validade 30 dias);- Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias);- Ferritina Sérica (validade 90 dias);- Creatinina sérica (validade 90 dias); | <ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina e Hematócrito. Periodicidade: Mensal.- Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo. Periodicidade: Trimestral.- Creatinina sérica. | N18.0 N18.8 Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser acompanhados em serviços especializados de |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Alfaepoetina-Eritropoetina_MS</p> | <p>- Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (validade 90 dias).</p> | <p>Periodicidade: Anual.</p> | <p>nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).</p> <p>Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina (PCDT)</p> |
| <p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)</p> <p>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.</p> <p>Anemia na Doença Renal Crônica Reposição de Ferro -Sacarato Hidroxido de Ferro MS</p> | <p>- Hemograma Completo, Hematócrito e hemoglobina (validade 30 dias);</p> <p>- Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias);</p> <p>- Ferritina sérica (validade 90 dias);</p> <p>- Creatinina Sérica (validade 90 dias);</p> <p>- Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente (validade 90 dias).</p> | <p>- Hemoglobina e hematócrito. Periodicidade: Mensal.</p> <p>- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo. Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>N18.0 N18.8</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.</p> <p>Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro (PCDT)</p> |
| <p>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Ciclosporina: cáps. de 25mg, 50mg e 100mg e solução oral com 100mg/mL em frasco de 50 ml.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Anemia Hemolítica Autoimune</p> | <p>- Hemograma completo;</p> <p>- Teste de Coombs direto;</p> <p>- Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <u>ou</u> Bilirrubina (total e frações).</p> <p>- Identificação do subtipo:</p> <p>* Para anemia por anticorpos quentes: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, OU</p> <p>* Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, OU</p> <p>* Para hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina e aferição da pressão arterial.</p> <p>* Validade dos exames - 90 dias.</p> | <p>- Hemograma com contagem de plaquetas, DHL, reticulócitos e haptoglobina (a Hemoglobina deve ser mantida acima de 10 g/dl para garantir melhora dos sintomas clínicos). Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- Hemograma completo. Periodicidade: Mensal ou em caso de mudança de dose.</p> <p>- ALT, AST, GGT e bilirrubinas. Periodicidade: Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Imunoglobulina:</p> | <p>D59.0 D59.1</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia.</p> <p>Anemia Hemolítica Autoimune (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

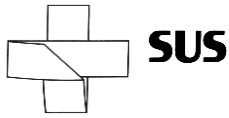
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|---|
| | | - Nível sérico de Creatinina e hemograma. Periodicidade: Trimestral. | |
| <p>ANGIOEDEMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Ácido tranexâmico 250mg comp.</p> <p>Danazol 100mg cáps. (MS)</p> <p>Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida</p> <p>Angioedema</p> <p>*atualizado em 08/02/2022</p> | <p>Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de complemento C4 (sem validade);- Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade);- Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade). <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema e situações que contraindiquem o uso do danazol: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfíria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata.(validade 90 dias) | <p>Apenas Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina;- Colesterol total e frações, triglicerídeos;- Exame qualitativo de urina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ultrassonografia abdominal. <p>Periodicidade: Semestral.</p> | <p>D84.1</p> <p>Alergista e Imunologista (Preferencialmente *).</p> <p>Angioedema (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

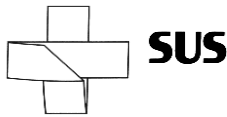
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>ARTRITE PSORÍACA (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.</p> <p>Naproxeno 500mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Tofacitinibe 5mg</p> <p>Artrite Psoriaca</p> <p>* atualizado em 18/01/2021</p> | <p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano);- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Laudo médico contendo valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (validade 3 meses)o Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia, Proteína C Reativa, Velocidade de hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, CertolizumabePegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- PPD (validade 2 anos);- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. | <p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo detalhando a evolução clínica contendo o valor do índice composto de atividade da doença - <i>MinimalDiseaseActivity</i>(MDA) e a resposta terapêutica utilizando o DAPSA; e- Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral</p> | <p>M07.0 M07.2 M07.3</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença.</p> <p>Artrite Psoriaca (PCDT)</p> |
|---|--|--|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

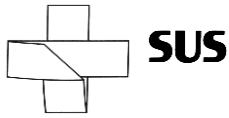
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS)</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Artrite Reativa</p> <p>* atualizado em 10/08/2021</p> | <p>- Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares.</p> <p>(Validade 90 dias).</p> | <p>- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação.</p> <p>Periodicidade: no primeiro mês e após, a cada 6 meses.</p> | <p>M02.3 M02.1 M03.2 M03.6</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente).</p> <p>Artrite Reativa (PCDT)</p> |
| <p>ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS)</p> <p>Abatacepte 250mg injetável – intravenoso</p> <p>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (acima de 18 anos)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável - Frasco-ampola (uso pediátrico – 2 a 18 anos)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável - seringa</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Baricitinibe 2mg e 4mg comp. (acima de 18 anos)</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e sol. Oral 100mg/ml</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</p> <p>Golimumabe 50mg – injet. (acima de 18 anos)</p> | <p>Para Todos:</p> <p>- Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano);o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (sem validade). <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (validade 3 meses)o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (validade 3 meses). <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>- Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p> <p>Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</p> <p>- Creatinina e uréia (validade 3 meses).</p> <p>Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:</p> <p>- Creatinina e uréia (validade 3 meses);</p> <p>- PPD (validade 2 anos).</p> <p>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).</p> <p>- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano)</p> <p>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> | <p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI.</p> <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina.</p> <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>- Avaliação oftalmológica.</p> <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Tocilizumabe:</p> <p>- Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> | <p>M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M08.0 (exceto Abatacepte 125mg injetável, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Infliximabe 100mg injetável Hidroxicloroquina 400mg comp. Leflunomida 20mg comp. Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável Naproxeno 250mg comp. Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos) Sulfassalazina 500mg comp. Tocilizumabe 20mg/ml (acima de 18 anos) Tofacitinibe 5mg – comp (acima de 18 anos) Upadacitinibe 15 mg - comp. (acima de 18 anos) Artrite Reumatoide e Idiopatica Juvenil *atualizado em 12/05/2022</p> | | | <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) (PCDT)</p> |
|---|--|--|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>ASMA GRAVE (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Mepolizumabe 100mg/mL injetável (acima 18 anos)</p> <p>Omalizumabe 150mg F/A injetável (acima de 6 anos)</p> <p>Asma Grave</p> <p>* atualizado em 18/04/2022</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formulário de inclusão Asma- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> <p>Para Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma (validade 90 dias);- Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias).- Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <p>Para Omalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma (validade 90 dias);- IgE total (validade 90 dias);- IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade);- Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias).- Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <ul style="list-style-type: none">- pacientes abaixo de 12 anos.- pacientes acima de 12 anos. | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Omalizumabe e Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período;- ACT do último mês. <ul style="list-style-type: none">- pacientes abaixo de 12 anos.- pacientes acima de 12 anos. <p>Periodicidade: Semestral</p> | <p>J45.0 J45.1 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p>Asma (PCDT)</p> |
| <p>ASMA NÃO CONTROLADA (Protocolo Estadual)</p> <p>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</p> <p>Montelucaste 4mg sachê</p> <p>Montelucaste 4mg, 5mg e 10mg comp.</p> | <p>- Formulário de inclusão Asma</p> <ul style="list-style-type: none">- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p> | <p>J45.0 J45.1 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p>Exige médico alergista ou pneumologista.</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Asma Não Controlada * atualizado em 18/04/2021</p> | | | <p>Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Asma Não Controlada</p> |
| <p>Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos I e II (Protocolo MS) Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável Atrofia Muscular Espinhal Tipo I e II *atualizado em 12/05/2022</p> | <p>- Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade);</p> <p>- Laudo médico informando a evolução clínica, as condições de nutrição e hidratação atuais do paciente e se paciente for:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME;▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias); <p>- Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias)</p> <p>- Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias);</p> | <p>- Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Periodicidade: semestral</p> <p>- Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Periodicidade: semestral</p> | <p>G12.0 G12.1* *tipo II – ainda não disponível no SIGTAP</p> <p>Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)</p> <p>Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipos I e II (PCDT)</p> |
| <p>COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS) Ácido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp. Colangite Biliar Primária *Atualizado em 13/11/19</p> | <p>- Duas determinações dos seguintes exames laboratoriais (AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica) com intervalo mínimo de 3 meses. (validade 6 meses); e</p> <p>- Exame de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) <u>ou</u> biópsia hepática (validade 2 anos);</p> | <p>- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; Periodicidade: semestral no primeiro ano, após anual.</p> | <p>K74.3 Gastroenterologista Nutrólogo Proctologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia.</p> <p>Colangite Biliar Primária (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo</p> | <p>- Ter idade maior ou igual a 5 anos;</p> <p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC;</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações;</p> <p>-Triglicerídeos;</p> <p>-Glicemia de jejum.</p> <p>(Validade 90 dias).</p> | <p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. Periodicidade: em 3, 6 e 12 meses.</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações;</p> <p>- Triglicerídeos;</p> <p>- Glicemia de jejum;</p> <p>- Hemograma completo;</p> <p>- Prolactina.</p> <p>Periodicidade: em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p> | <p>F84.0 / F84.1 F84.3 / F84.5 F84.8</p> <p>Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).</p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo (PCDT)</p> |
| <p>DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25, 50 e 100mg comp. e solução oral 100 mg/mL</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</p> <p>Dermatomiosite e Polimiosite</p> | <p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Hemograma (validade 90 dias); e - creatinofosfoquinase (CPK) OU aldolase OU desidrogenase láctica (DHL) OU AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias); e - Eletroneuromiografia compatível com miopatia ou biópsia muscular (validade 1 ano);</p> <p>Para Ciclosporina e Metotrexato: - creatinina e uréia (validade 90 dias).</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Exame oftalmológico (validade 1 ano).</p> <p>Dermatomiosite e Polimiosite</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p> | <p>Para todos os medicamentos: - Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO. Periodicidade: trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina, Imunoglobulina e metotrexato - Creatinina e uréia. Periodicidade: trimestral.</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Exame oftalmológico. Periodicidade: Anual.</p> | <p>M33.0 M33.1 M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que os pacientes sejam atendidos em serviços especializados em reumatologia ou de clínica médica.</p> <p>Dermatomiosite e Polimiosite (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4UI e 12UI F/A</p> <p>Deficiência do Hormônio do Crescimento</p> | <p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Idade cronológica maior que 02 anos;- Idade, peso e altura atuais;- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;- Estadiamento puberal de Tanner;- Altura dos pais biológicos;- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver (validade 90 dias);- Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea;- IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (validade 24 meses);- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. <p><u>Formulário Teste Provocativo Somatropina</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste. <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver;- IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (validade 90 dias);- Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (validade 24 meses);- Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon);- Densitometria óssea (validade 12 meses). | <p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Peso e estatura. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) <p>Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IGF-1. <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none">- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica. <p>Periodicidade: Anual.</p> | <p>E23.0</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.</p> <p><u>Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo</u> (PCDT)</p> |
| <p>DIABETES INSÍPIDO (Protocolo MS)</p> <p>Desmopressina 0,1mg/ml aplicação nasal – frasco</p> | <ul style="list-style-type: none">- Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina:<ul style="list-style-type: none">o Dosagem de volume urinário em 24 hs;o Dosagem sódio e glicose; | <ul style="list-style-type: none">- Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária. <p>Periodicidade: Semestral até estabilização do</p> | <p>E23.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Desmopressina 0,2mg comp</p> <p>Diabetes Insipido</p> | <p>○ Osmolalidade urinária e plasmática;</p> <p>(Validade 90 dias).</p> | <p>volume urinário e do sódio plasmático, após anual.</p> | <p>serviços especializados com endocrinologista ou nefrologista.).</p> <p>Diabete Insipido (PCDT)</p> |
| <p>DIABETES - ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO (Protocolo Estadual)</p> <p>Insulina Glargina 100UI/mL F/A</p> <p>Insulina Detemir 100UI/mL F/A</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dispensação do Análogo de Insulina de Longa Duração (Glargina e/ou Detemir)</p> | <p>- Três determinações nos últimos 12 meses dos exames de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina glicada (validade 90 dias);• Glicemia de jejum (validade 180 dias);• Glicemia pós-prandial (validade 12 meses). <p>- Comprovação de pelo menos 2 episódios de hipoglicemia, num período de 6 meses, mediante apresentação de exames laboratoriais e/ou laudo de atendimento médico no momento da crise e/ou histórico de glicemia capilar;</p> <p>- Informação se houve uso prévio das insulinas convencionais e esquema posológico utilizado, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (validade 90 dias).</p> <p>Formulário - solicitação de análogos de Insulina</p> <p>* Medicamentos dispensado apenas para maiores de 6 anos.</p> | <p>- Hemoglobina glicada; - Glicemia de jejum;</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>E10/ E10.2 / E10.3 E10.4 / E10.5/ E10.6 E10.7/ E10.8 / E10.9 E11/ E11.2 / E11.3 E11.4 / E11.5/ E11.6 E11.7/ E11.8 / E11.9</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente*)</p> <p>Deverá ser feita por médico endocrinologista, a prescrição inicial e monitoramento</p> |
| <p>DIABETES – MELLITUS TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML (TUBETES DE 3ML)</p> <p>Insulina Asparte 100 UI/mL (caneta de 3mL) - crianças com idade entre 1 a 4 anos e gestantes</p> <p>Insulina Glulisina 100 UI/mL (caneta de 3mL) - paciente om idade acima de 4 anos</p> <p>Diabetes Mellitus Tipo I</p> <p>* Atualizado em 10/08//21</p> | <p>- Laudo médico detalhando o tipo de diabetes, o tempo de diagnóstico, o período de uso e quais insulinas utilizadas previamente e se houve ocorrência de hipoglicemias não relacionadas a fatores causais nos últimos três meses (validade 90 dias); E</p> <p>- Duas determinações sanguíneas em dias diferentes: Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum (validade 90 dias); E</p> <p>- Cópia do registro de automonitorização glicêmica (relatório padrão diário) dos últimos 30 dias, preferencialmente, impresso através de software do glicosímetro.</p> | <p>- Dosagem de hemoglobina glicada;</p> <p>- Cópia do registro de automonitorização glicêmica (relatório padrão diário) dos últimos 30 dias, preferencialmente, impresso através de software do glicosímetro.</p> <p>Periodicidade: trimestral.</p> <p>Gestantes: - BetaHCG ou Ultrassonografia na primeira dispensação.</p> | <p>E10.0 / E10.5 E10.1 / E10.6 E10.2 / E10.7 E10.3 / E10.8 E10.4 / E10.9</p> <p>Endocrinologista</p> <p>Diabete Melito Tipo 1 (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS)</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Diabetes Melito Tipo 2</p> <p>*Atualizado em 07/05/2021</p> | <p>- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados; - Formulário Dapagliflozina</p> <p>- Duas determinações sanguíneas em dias diferentes: Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum (validade 90 dias);</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);</p> | <p>- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum</p> <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina</p> <p>Periodicidade: anual</p> | <p>E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9</p> <p>Endocrinologista (preferencialmente)</p> <p>Diabete Melito Tipo 2 (PCDT)</p> |
| <p>DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS)</p> <p>Acido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol.</p> <p>Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg comp.</p> <p>Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.</p> <p>Ciprofibrato 100mg comp.</p> <p>Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada.</p> <p>Genfibrozila 600mg comp.</p> <p>Dislipidemia</p> <p>*Atualizado em 11/11/19</p> | <p>- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias);</p> <p>Para Atorvastatina: laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina. (validade 90 dias)</p> <p>Genfibrozila laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (validade 90 dias). e</p> <p>- Caso paciente apresente triglicerídeo > 200mg/dL e HDL < 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (validade 90 dias)</p> <p>Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato: Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (validade 90 dias)</p> <p>Para Ácido nicotínico: Laudo médico que contemple a indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contra-indicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos. (validade 90 dias)</p> | <p>- CPK, TGO e TGP.</p> <p>Periodicidade: semestral ou sempre que houver ajuste de dose.</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo</p> <p>Periodicidade: anualmente.</p> | <p>E78.0 / E78.1 E78.2 / E78.3 E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8</p> <p>Endocrinologista Cardiologista* (Preferencialmente)</p> <p>* Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV.</p> <p>Dislipidemia (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Distonias Focais e Espasmo Hemifacial</p> <p>*Atualizado em 05/02/2019</p> | <p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p> | <p>-</p> | <p>G24.3 G24.4 / G24.5 G24.8 G51.3 / G51.8</p> <p>Neurologista Ortopedista Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.</p> <p>Distonias e Espasmo Hemifacial (PCDT)</p> |
| <p>DISTÚRPIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cápsula</p> <p>Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido</p> <p>Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg de pó liofilizado para solução injetável</p> <p>Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de solução</p> <p>Sevelâmer 800mg comprimido</p> <p>Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</p> | <p>Para Sevelâmer: <u>Adultos</u> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, se apresenta contraindicação aos quelantes de fósforo à base de cálcio (enviar exame comprobatório) e se acompanha com nutricionista (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias).</p> <p><u>Crianças e adolescentes</u> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica, se acompanha com nutricionista e se faz uso de quelantes de fósforo à base de cálcio (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias).</p> <p>Para Calcitriol/Paricalcitol: - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias); - Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias)</p> | <p>Para Sevelâmer: - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <p>Para Calcitriol: - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador. - PTH. Periodicidade: 90 dias.</p> <p>Para Paricalcitol: - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias.</p> | <p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5 N25.0</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>*atualizado em 30/08/2022</p> | <p>dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</p> <p>Para Cinacalcete: -Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva, e se foi submetido ao transplante renal (validade 90 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</p> <p>Para Desferroxamina: <u>Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:</u> - Alumínio (validade 90 dias) OU - Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia (validade 90 dias).</p> <p><u>Para realização do tratamento da intoxicação aluminica:</u> - Alumínio sérico (validade 90 dias); - Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (sem validade); - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica (validade 1 ano).</p> | <p>- PTH. Periodicidade: 90 dias.</p> <p>Para Cinacalcete: - Cálcio sérico total ou iônico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados. - PTH. Periodicidade: 90 dias.</p> <p>Para Desferroxamina: - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica. Periodicidade: Anual.</p> | |
| <p>DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS)</p> <p>Donepezila 5mg e 10mg comp.</p> <p>Galantamina 8mg,16mg e 24mg cáps de liberação prolongada.</p> <p>Memantina 10mg comp.</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula e 2mg/mL frasco. Rivastigmina 9mg (5cm²) e 18mg (10 cm²) adesivo transdérmico.</p> <p>Doença de Alzheimer</p> | <p>- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo (validade 24meses);○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico, (validade 90 dias);○ Sorologia: VDRL (validade 1 ano);○ Para pacientes abaixo de 60 anos: Anti-HIV (validade 1 ano) <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - (validade 90 dias); <p><u>Mini exame do estado mental</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) - (validade 90 dias); <p><u>AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – (CDR) - DOENÇA DE ALZHEIMER</u></p> | <p>Para todos: - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). Periodicidade: Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p>Para Galantamina: - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO. Periodicidade: Semestral.</p> | <p>F00.0 F00.1 F00.2 G30.0 G30.1 G30.8</p> <p>Neurologista Geriatra Psiquiatria (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria ou psiquiatria.</p> <p><u>Doença de Alzheimer</u> (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

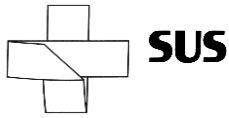
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>* atualizado em 11/12/19.</p> | | | |
| <p>DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável.</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável. (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg injetável.</p> <p>Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/mL injetável.</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Doença de Crohn</p> <p>*Atualizado em 11/11/19</p> | <p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (validade 90 dias); <u>E</u>- Laudo endoscópico (colonoscopia) (validade 12 meses); <u>OU</u> Laudo radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); <u>OU</u> Laudo cirúrgico; <u>OU</u> Laudo anatomopatológico (12 meses). <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS), creatinina e uréia (validade 90 dias). <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias);- PPD (validade 2 anos)- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem | <p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). <p>Periodicidade: Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico informando se há presença de lesões cutâneas relacionadas ao uso do medicamento. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> | <p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviço especializado multidisciplinar que conte com médico gastroenterologista ou proctologista.</p> <p>Doença de Crohn (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

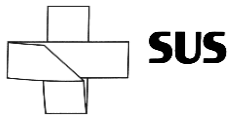


| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</p> | <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe: - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). Periodicidade: Anual.</p> | |
|--|---|---|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>DOENÇA DE POMPE (Protocolo MS)</p> <p>ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG INJETÁVEL</p> <p>Doença de Pompe</p> <p>*Atualizado em 03/08/2022</p> | <p>- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida</p> <p>Exame laboratorial:</p> <p>- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida em fibroblastos ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; ou</p> <p>- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:</p> | <p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento</p> <p>Periodicidade: semestral</p> <p>- Laudo fonoaudiológico - Laudo de pneumologista - Ecocardiograma.</p> <p>Periodicidade: anual</p> | <p>E74.0</p> <p>Doença de Pompe (PCDT)</p> |
|--|---|--|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

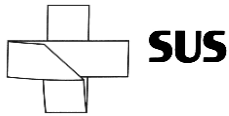
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>DOENÇA DE GAUCHER (Protocolo MS)</p> <p>Imiglucerase 200 U e 400 U injetável F/A</p> <p>Alfavelaglicerase 200 U e 400 U injetável F/A</p> <p>Alfataliglicerase 200 U injetável F/A</p> <p>Miglustate 100mg cáps.</p> <p>Doença de Gaucher</p> | <p>Validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">- LME com diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3;- Diagnóstico Bioquímico ou Genético demonstrado por um dos exames a seguir: exame da atividade da enzima beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos ou análise do gene GBA1;- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores de acordo com o protocolo clínico;- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica);- Hemograma completo, TGO, TGP, gama GT, tempo de protrombina, ferritina;- Ultrasonografia ou ressonância magnética do Abdômem (1 ano e dois anos respectivamente);- Densitometria óssea (para > 19 anos) – (validade 1 ano);- Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos (validade 1 ano);- Eletroforese de proteína (validade 90 dias). <p>Para Miglustate atentar também para:</p> <ul style="list-style-type: none">- Idade igual ou superior a 18 anos;- Teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico. <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica). Periodicidade: Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral.- TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina. Periodicidade: Anual.- Eletroforese de proteínas. Periodicidade: a cada 3 anos. <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p> | <p>E75.2</p> <p>Hematologista (preferencialmente)</p> <p>Inicialmente, deverão ser atendidos em Centro de Referência. Recomenda-se que o Centro de Referência disponha de equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologista. A continuidade do atendimento poderá ser descentralizada, mantendo-se o Centro de Referência conforme mencionado no item 7 Centros de Referência,</p> <p>No sub-item 8.4 Esquemas de Administração e no item 9 Monitorização.</p> <p>Doença de Gaucher (PCDT)</p> |
|---|---|---|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

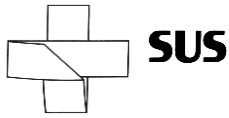
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>DOENÇA DE PAGET (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Risedronato 35mg comp.</p> <p>Doença de Paget</p> <p>*Atualizado em 26/04/21</p> | <p>- Laudo médico detalhando a clínica do paciente, descrevendo, quando presente, a sintomatologia apresentada (validade 6 meses);</p> <p>- Exame de imagem (cintilografia óssea ou radiografia simples ou Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética do crânio e ossos longos) comprovando o Diagnóstico da doença (validade 1 ano);</p> <p>- Fosfatase Alcalina, PTH, Cálcio sérico, Vitamina D, AST/TGO, ALT/TGP, Bilirrubina total e frações (validade 90 dias);</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);</p> <p>Para ácido zoledrônico:</p> <p>- Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias).</p> | <p>- Fosfatase Alcalina e cálcio sérico;</p> <p>Periodicidade: Semestral no primeiro ano, após, anual.</p> | <p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista (Preferencialmente)</p> <p>Doença de Paget (PCDT)</p> |
|--|--|---|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

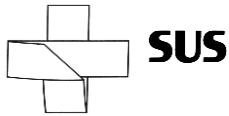


| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>DOENÇA DE PARKINSON (Protocolo MS)</p> <p>Amantadina 100mg comp.</p> <p>Bromocriptina 2,5mg comp.</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Entacapona 200mg comp.</p> <p>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp.</p> <p>Rasagilina 1mg comp.</p> <p>Selegilina 5mg comp.</p> <p>Tolcapona 100mg comp.</p> <p>Doença de Parkinson</p> | <p>- Informações médica sobre a clínica do paciente confirmando o diagnóstico de parkinson, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p> <p>Para Amantadina: - Uréia e creatinina (validade 90 dias)</p> <p style="text-align: center;">* Atualizado em 17/02/2020.</p> | <p>Para Bromocriptina: - Ecocardiograma. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Tolcapona: - ALT/TGP, AST/TGO. Periodicidade: Mensal nos primeiros 18 meses. Após, trimestral.</p> <p>Para Amantadina: - Ureia, creatinina. Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, Semestral.</p> <p>Para Clozapina: - Hemograma completo. Periodicidade: Mensal.</p> | <p style="text-align: center;">G20</p> <p style="text-align: center;">Neurologista Geriatra (Preferencialmente)</p> <p style="text-align: center;">Doença de Parkinson (PCDT)</p> |
|---|---|--|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>DOENÇA DE WILSON (Protocolo MS)</p> <p>Penicilamina 250mg cápsula</p> <p>Trientina 250mg cápsula</p> <p>Doença de Wilson-1</p> <p>*Atualizado em 08/06/2021</p> | <p>- Formulário de avaliação para diagnóstico de doença de Wilson</p> <p>Formulário para Avaliação para Doença de Wilson</p> <p>Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cobre urinário de 24h. <p>Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cobre sérico livre <p>Periodicidade: Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral</p> <p>Para Penicilamina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. Periodicidade: Semestral. <p>Para Trientina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ferritina sérica <p>Periodicidade: semestral</p> | <p>E83.0</p> <p>Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.</p> <p>Doença de Wilson (PCDT)</p> |
|---|--|---|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

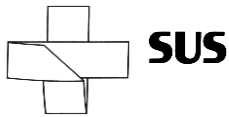
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS)</p> <p>Hidroxiuréia 500 mg cáps.</p> <p>Doença Falciforme</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma com contagem de reticulócitos,- Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF;- AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia e ácido úrico (validade 90 dias)- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para pacientes com idade entre 9 meses e 2 anos, incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo informando se paciente apresenta dactilite (no primeiro ano de vida); ou- concentração de Hb < 7 g/dL (média de 3 valores fora de evento agudo); ou- contagem de leucócitos > 20.000/mm³ (média de 3 valores fora de evento agudo). | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma e contagem de reticulócitos. Periodicidade: Mensal até dose de manutenção, após trimestral- AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia, Gama-GT e Beta HCG (mulheres em idade fértil). Periodicidade: Trimestral- Dosagem de ácido úrico (<i>Solicitar somente quando níveis basais estiverem acima do limite normal</i>). Periodicidade: Mensal até obtenção de níveis dentro dos valores de referência.- Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF. Periodicidade: Semestral. | <p>D57.0 D57.1 D57.2</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Nefrologista (se insuficiência renal)</p> <p>Devem ser acompanhadas no centro de referência para DF, que deve contar com médico hematologista.</p> <p>Doença Falciforme (PCDT)</p> |
| <p>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Idade inferior ou igual a 12 anos;2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:<ol style="list-style-type: none">2.1. <u>Crianças com idade < 18 meses:</u> quantificação do RNA viral plasmático e detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida;2.2- Crianças com idade > 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos;3. Para HIV: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;4. Para púrpura trombocitopênica: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV. | <ul style="list-style-type: none">- Creatinina, TGO e TGP. Periodicidade: Semestral. | <p>B20.0 – B20.1 B20.2 – B20.3 B20.4 – B20.5 B20.6 – B20.7 B20.8 – B20.9 B22.0 – B22.1 B22.2 - B22.7 B23.0 – B23.1 B23.2 – B23.8 B24</p> <p>Pediatra ou Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

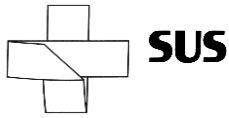
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | |
| <p>DPOC (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200 mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Budesonida 400 mcg cápsula inalante</p> <p>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Umeclidínio + Vilanterol 62,5+ 25mcg pó inalante</p> <p>Tiotrópio + olodaterol 2,5+2,5mcg solução para</p> | <p>- Formulário de inclusão para DPOC;</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT – validade 180 dias.</p> <p>-</p> | <p>- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escale de dispnéia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações.</p> <p>Periodicidade: Semestral</p> | <p>J44.0 J44.1 J44.8</p> <p>Pneumologista (Exclusivamente)</p> <p>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>inalação oral.</p> <p>DPOC - MS</p> <p>*atualizado em 25/01/2022</p> | | | |
| <p>DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</p> <p>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</p> <p>Metadona 5mg e 10mg comp Morfina 10mg e 30mg comp.</p> <p>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</p> <p>Dor Crônica</p> | <p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um.- Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). - Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica <p>* Validade 90 dias.</p> | <p>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral</p> | <p>R52.1 R52.2</p> <p>Devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos para seu adequado diagnóstico.</p> <p>Dor Crônica (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</p> <p>Tramadol 50mg caps. (acima de 16 anos)</p> | <p>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um.</p> <p>- Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). - Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica</p> <p>* Validade 90 dias.</p> | <p>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral</p> | <p>M15.3 / M19.9 M18.9 / M18.2 M19.1 / M18.0 M19.0 / M25.5 M79.6 / M54.5 M54.6 / R52.9 M54.9 / M43.9 M53.9 / M79.0</p> |
| <p>ENDOMETRIOSE (Protocolo MS)</p> <p>Danazol 100mg cáps</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg</p> <p>Leuprorrelina 11,25 mg injetável* <i>*Fabricação Temporariamente indisponível.</i></p> <p>Triptorrelina 3,75mg injetável</p> <p>Endometriose</p> | <p>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</p> <p>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>QU</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</p> <p>* Atualizado em 09/09/2020</p> | <p>Para Danazol:</p> <p>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina;</p> <p>Periodicidade: Semestral</p> | <p>N80.0/ N80.1/ N80.2 N80.3/ N80.4/ N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>Endometriose (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>ENXAQUECA (Critério de uso – Estadual)</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> | <p>- Paciente maior de 18 anos;</p> <p>- Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</p> <p>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes).</p> <p>* Validade 90 dias.</p> <p>Diário de Cefaléia</p> | <p>- Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Diário de Cefaléia</p> | <p>G43 G43.0 G43.1 G43.3 G43.9</p> <p>Neurologista (Preferencialmente*)</p> <p>Deve ser NEUROLOGISTA.</p> <p>Topiramato - Critérios de utilização na profilaxia da enxaqueca crônica</p> |
| <p>EPILEPSIA (Protocolo MS)</p> <p>Clobazam 10mg e 20mg comp.</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cáps.</p> <p>Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Levetiracetam 250mg e 750mg comp.</p> <p>Levetiracetam 100 mg /ml solução oral (frasco de 150 ml)</p> <p>Primidona 100mg comp.</p> <p>Vigabatrina 500mg comp.</p> <p>Epilepsia</p> <p>* Atualizado em 14/10/22</p> | <p>- Diário de registro de crises (validade 90 dias)</p> <p>Diário de crises - Epilepsia</p> | <p>- Diário de registros de crises.</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Diário de crises - Epilepsia</p> | <p>G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5/ G40.6/ G40.7/ G40.8</p> <p>Neurologista Psiquiatra Geriatra (Preferencialmente)</p> <p>Exige especialidades de acordo com a clínica do paciente: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: podem controlar com monoterapia as crises epiléticas de 50% dos pacientes; Neurologistas e neurologistas pediátricos: podem controlar mais 20% dos pacientes; Epileptologistas, neurocirurgiões e equipe: avaliação para confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico de epilepsia; Neurologista pediátrico, neurologista, pediatra, nutrólogo, nutricionista: avaliação para confirmação diagnóstica e possibilidade de</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | tratamento com a dieta cetogênica, Epilepsia (PCDT) |
| ESCLEROSE SISTÊMICA (Protocolo MS) Azatioprina 50mg comp. Ciclofosfamida 50mg drágea Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml sol.inj. em ampola de 2ml Sildenafil 25mg e 50mg comp. Esclerose Sistêmica *Atualizado em 11/11/19. | <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando o acometimento visceral predominante e a estratégia terapêutica definida de acordo com o acometimento visceral predominante (validade 90 dias)- Autoanticorpos específicos para ES (sem validade);- Hemograma completo (validade 90 dias). Para Azatioprina <ul style="list-style-type: none">- AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias). Para Ciclofosfamida e Metotrexato: <ul style="list-style-type: none">- AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina (validade 90 dias). | Para Azatioprina: <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: Trimestral Para Ciclofosfamida e Metotrexato: <ul style="list-style-type: none">- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina. Periodicidade: Trimestral. | M34.0 M34.1 M34.8 Reumatologista Pneumologista (Preferencialmente) Recomenda-se a constituição de um centro de referência para avaliação, acompanhamento e administração de imunossuppressores em casos especiais de ES juvenil. Esclerose Sistêmica (PCDT) |
| ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – ELA (Protocolo MS) Riluzol 50mg comp. Esclerose Lateral Amiotrófica | <ul style="list-style-type: none">- Ressonância magnética do encéfalo e junção craniocervical (validade 24 meses);- Eletroneuromiografia dos 4 membros (validade 24 meses);- Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (validade 90 dias);- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo;- TGO/TGP. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral. | G12.2 Neurologista (Preferencialmente). Esclerose Lateral Amiotrófica (PCDT) |

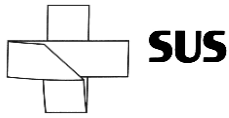
NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS)</p> <p>Alentuzumabe injetável, 12mg F/A (18 anos)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Betainterferona 1a 6.000.000UI 22mcg e 30mcg; 1a 12.000.000UI 44mcg e 1b 9.600.000UI 300mcg ser. ou F/A</p> <p>Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos)</p> <p>Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos)</p> <p>Glatirâmer 40mg (seringa preenchida)</p> <p>Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)</p> <p>Teriflunomida 14mg comp (18 anos)</p> <p>Esclerose Múltipla</p> <p>*Atualizado em 13/09/2022</p> | <p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:o Ressonância magnética do crânio (validade 24 meses);o Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (validade 90 dias) <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção).o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Escala de EDSS - Esclerose Múltipla</p> <p>Para Azatioprina</p> <ul style="list-style-type: none">- Bilirrubina, fosfatase alcalina, gama-GT (validade 90 dias) <p>Para Teriflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bilirrubina, fosfatase alcalina, gama-GT (validade 90 dias)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil <p>Para Betainterferonas:</p> <ul style="list-style-type: none">- TSH, Bilirrubina, fosfatase alcalina, gama-GT (validade 90 dias) <p>Para Fumarato de Dimetila: validade 90 dias</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida) informando posologia utilizada e tempo de uso; <p>Para Fingolimode: validade 90 dias</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida) informando posologia utilizada e tempo de uso;- Laudo médico informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode;- Laudo médico informando que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica; <p>Para Natalizumabe: validade 90 dias</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 2ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer, Teriflunomida, fumarato de dimetila ou fingolimode) e de 3ª linha ou contra-indicação ao fingolimode informando posologia utilizada e tempo de uso;- Laudo médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe;- Laudo de Radiografia de tórax; | <p>Para Todos, exceto Alentuzumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Taxa de surtos;- Valor da Escala EDSS <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Betainterferona e Teriflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas. <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- TSH. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Fumarato de Dimetila:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fingolimode:</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliação oftalmológica, somente se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia, essa avaliação deve ser mantida anualmente. <p>Periodicidade: anualmente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubina total. <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Natalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubina total <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral</p> | <p>G35</p> <p>Neurologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>Esclerose Múltipla (PCDT)</p> |
|---|---|--|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Para Alentuzumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico justificando ocorrência prévia de falha terapêutica ao Natalizumabe (definido conforme PCDT-MS); OU contraindicação especificada em bula registrada na ANVISA ao uso do Natalizumabe.(validade 3 meses);- Laudo médico atestando ausência de contraindicações ao uso do Alentuzumabe (definidas conforme PCDT-MS) (validade 3 meses);- HPV: laudo ginecológico para pacientes do sexo feminino. (validade 3 meses)- Herpes: laudo médico informando a profilaxia com agente oral anti-herpes que deve ser iniciada no primeiro dia de tratamento com alentuzumabe e mantida por, no mínimo, um mês depois de cada ciclo de tratamento. (validade 3 meses)- Creatinina sérica (validade 3 meses)- Exame de urina (validade 3 meses)- TSH (validade 3 meses)- PPD (validade 2 anos); <p>- Laudo de raio-x de tórax (validade 1 ano)</p> | <p>Para Alentuzumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Taxa de surtos;- Valor da Escala EDSS- Hemograma completo- AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina- Creatinina sérica- Exame de urina- TSH- HPV: laudo ginecológico para pacientes do sexo feminino.- Herpes: laudo médico informando a profilaxia com agente oral anti-herpes. <p>Periodicidade: anual (Atenção: ciclos de administração deste medicamento são realizados pelo menos 12 meses depois do tratamento anterior)</p> | |
|--|--|--|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>ESPASTICIDADE (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Espasticidade</p> | <ul style="list-style-type: none">- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);- Laudo médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (validade 90 dias);- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM). | <p>-</p> | <p>G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2 G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 / I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8 T90.5 / T90.8</p> <p>Espasticidade (PCDT)</p> |
| <p>ESPONDILITE ANCILOSANTE (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 25mg (abaixo de 18 anos) e 50mg injetável</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 10mg/ml injetável</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido</p> <p>Naproxeno 500mg comprimido</p> | <p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 24 meses);- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Laudo médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (validade 90 dias);o Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, Creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- PPD (validade 2 anos).- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Valor de BASDAI ou ASDAS; <p>Periodicidade: Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Metotrexato e Naproxeno:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Trimestral</p> | <p>M45 M46.8</p> <p>Reumatologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista.</p> <p>Espandilite Ancilosante</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

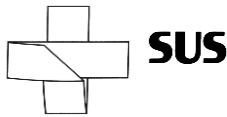
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Sulfassalazina 500mg comprimido</p> <p>Espondilite Ancilosante</p> | <p>*Atualizado em 11/11/19.</p> | | |
| <p>ESQUIZOFRENIA (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p> <p>Esquizofrenia</p> | <p>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum – (validade 90 dias)</p> <p>Só para Clozapina: - Hemograma completo (validade 30 dias).</p> | <p>Para Todos: - Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. Periodicidade: Anual.</p> <p>Só para Clozapina: - Hemograma completo. Periodicidade: Mensal.</p> | <p>F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8</p> <p>Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p> <p>Casos especiais: Geriatra: Somente para idosos com Doença de Alzheimer Neurologista: pacientes epiléticos que apresentam comorbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações.</p> <p>Esquizofrenia</p> |
| <p>FENILCETONÚRIA (Protocolo MS)</p> <p>Complemento alimentar isento de fenilalanina.</p> | <p>- Dosagem de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames consecutivos).</p> | <p>- Dosagem de Fenilalanina sérica. Periodicidade: trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos exames consecutivos).</p> | <p>E70.0 E70.1</p> <p>Pediatra Nutricionista</p> <p>Fenilcetonúria (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

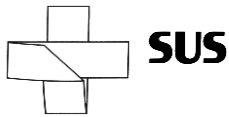
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | |
| <p>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</p> <p>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</p> <p>Fibrilação Atrial Não Valvar</p> | <p>- Laudo médico evidenciando que o paciente é portador de FIBRILAÇÃO ATRIAL com médio ou alto risco para fenômenos cardioembólicos, confirmado por pelo menos um dos seguintes exames: eletrocardiograma, holter ou ecocardiograma. Laudo médico deverá informar que o paciente não possui nenhum critério de exclusão;</p> <p>- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc com resultado maior ou igual a 2.</p> <p>Formulário - Escala de CHA2DS2-VASc</p> <p>Para Dabigatrana: validade 90 dias</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.</p> <p>Para Rivaroxabana: validade 90 dias.</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado , calculado a parti dos valores da creatinina sérica (Cr) e do peso corporal, com data inferior a 3 meses, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 15ml/min.</p> | <p>No primeiro ano do tratamento, deve ser apresentado trimestralmente:</p> <p>- Laudo do médico prescritor, relatando manutenção da fibrilação atrial e que o paciente não desenvolveu nenhum dos critérios de exclusão;</p> <p>- Clearance de Creatinina, ou laudo médico com Clearance de Creatinina estimado (calculado pela creatinina sérica e peso).</p> <p>(Obs 1: Para pacientes em uso de Dabigatrana, o clearence de creatinina (ClCr) deve estar maior que 30ml/min.</p> <p>Obs 2: Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o ClCr deve estar maior que 15ml/min).</p> <p>A dose recomendada é 20 mg 1x/dia. Para pacientes com função renal com alteração moderada (Clearance de Creatinina entre 15 a 50 ml/min) a dose recomendada é 15 mg 1x/dia.</p> <p>A partir do segundo ano do tratamento:</p> <p>- As mesmas informações acima, mas com intervalo semestral.</p> | <p>148 163.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Preferencialmente*)</p> <p>Deve ter especialidade em NEUROLOGIA, ou CARDIOLOGIA. A manutenção do fornecimento trimestral pode ser solicitada por qualquer médico.</p> <p>Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial</p> <p>Dabigatrana - Critérios de utilização na fibrilação atrial nao valvar</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>FIBROSE CÍSTICA - INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA (Protocolo MS)</p> <p>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.</p> | | | <p>E84.1 / E84.8</p> <p>Gastroenterologista Pediatra (Preferencialmente)</p> <p><u>Fibrose Cística – Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática</u> (PCDT)</p> |
| <p>FIBROSE CÍSTICA (Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)</p> <p>Budesonida 200mcg cáps inal</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal</p> <p>Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml</p> <p>Omalizumabe 150mg injetável</p> <p>Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg</p> | | | <p>E84.0 E84.1 E84.8 E84.9</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

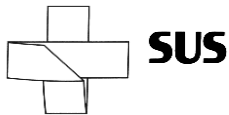
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>GLAUCOMA (Protocolo MS)</p> <p>Acetazolamida 250mg comprimido</p> <p>Bimatoprost 0,3mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brimonidina 2mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brinzolamida 10mg/mL sol oftálmica</p> <p>Dorzolamida 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Latanoprost 0,05mg/mL sol oftálmica</p> <p>Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Timolol 5mg/mL sol oftálmica</p> <p>Travoprost 0,04mg/mL sol oftálmica</p> <p>Glaucoma</p> | <p>- Campimetria (validade 12 meses);</p> <p>- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (validade 12 meses);</p> <p>- 1 medida da PIO basal (validade 90 dias).</p> <p>Obs; Para acetazolamida solicitar laudo médico informando se o paciente encontra-se aguardando a realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgica.</p> | <p>- Medida da PIO basal. Periodicidade: Quadrimestral.</p> <p>- Campimetria. Periodicidade: Anual.</p> | <p>H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0</p> <p>Oftalmologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser realizados exclusivamente por médicos oftalmologistas</p> <p>Glaucoma (PCDT)</p> |
| <p>HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS)</p> <p>Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL (idade acima de 14 anos)</p> <p>Hemoglobinúria Paroxística Noturna</p> | <p>- Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (validade 3 meses);</p> <p>- Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (sem validade)</p> <p>- Cópia de exame lactato desidrogenase (Validade 3 meses)</p> <p>- Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (sem validade); ou Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (sem validade); ou Cópia de ecocardiograma com PSAP > 35 (sem validade); ou Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (validade 3 meses); ou Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (validade 3 meses).</p> | <p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica. Periodicidade: trimestral.</p> <p>- Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito Periodicidade: trimestral.</p> <p>- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Tráferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina. Periodicidade: semestral.</p> <p>- Questionário de avaliação da qualidade de vida. Periodicidade: semestral.</p> | <p>D59.5</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Hemoglobinúria Paroxística Noturna (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

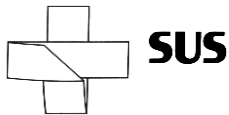
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (validade 3 meses);- Exames laboratoriais, Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Tráferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina (validade 3 meses);- Questionário de avaliação da qualidade de vida (validade 3 meses) | | |
| <p>HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Hepatite Autoimune</p> | <ul style="list-style-type: none">- Gamaglobulinas ou IgG;- Aminotransferases;- Fosfatase Alcalina;- FAN, AML, ou Ant- LKM1;- ALT, AST, GGT;- Anti-mitocondrias;- histologia hepática;- Anti-HAV IgM, HBSAg;- Anti- HCV ;- Reação em cadeia da polimerase;- Bilirrubina;- Hemograma Completo. <p style="text-align: center;">* Validade 90 dias.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo. Periodicidade: Mensal.- AST, ALT, Bilirrubina, Gama-GT. Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, os testes hepáticos devem ser exigidos trimestralmente. | <p style="text-align: center;">K75.4</p> <p style="text-align: center;">Gastroenterologista Infectologista (Preferencialmente).</p> <p style="text-align: center;">Hepatite Autoimune (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>HEMANGIOMA INFANTIL (Protocolo MS)</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI</p> <p>Hemangioma Infantil</p> | <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;- TSH;- TGO/TGP;- TAP. <p>* Validade 90 dias.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo;- TGO/ TGP;- TSH (somente para casos de hipotireoidismo). <p>Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>D18.0</p> <p>Pediatra (Preferencialmente)</p> <p>Hemangioma Infantil (PCDT)</p> |
|--|--|---|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>HEPATITE VIRAL CRÔNICA B E COINFEÇÕES (Protocolo MS)</p> <p>Alfapeginterferona 2a 180mcg F/A</p> <p>Alfapeginterferona 2b 80mcg, 100mcg e 120 mcg F/A</p> <p>Entecavir 0,5mg comp.</p> <p>Tenofovir 300mg comp.</p> <p>Hepatite B e coinfeccoes</p> <p>*Atualizado em 16/06/2021</p> | <p>Para Alfapeginterferona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, TSH, T4 livre, glicemia jejum,- Beta HCG atual (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos). <p>Para Entecavir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, TGO, TGP, creatinina, bilirrubina, albumina, TAP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, Beta HCG (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos); E- Para pacientes HBsAg positivo, HBeAg não reativo e com TGP maior que 2x o valor superior da normalidade: HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B); E-Endoscopia Digestiva Alta OU Biópsia hepática OU Ultrassom de abdômen OU Laudo médico indicando que o paciente apresenta sinais clínicos de cirrose OU Laudo médico indicando comorbidades como: Hipertensão arterial, Diabetes ou uso concomitante de drogas com potencial nefrotóxico (validade 90 dias). <p>Para Tenofovir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, Creatinina, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B). <p>OBS.: Os Exames sorológicos HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA: tem validade de 1 ano.</p> | <p>Para Alfapeginterferonas (fornecimento máximo de 48 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, TGO, TGP, Glicemia de Jejum, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Tenofovir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina, Clearance Estimado de Creatinina, TGO e TGP. <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses, e após, semestral.</p> <p>Para Entecavir:</p> <ul style="list-style-type: none">-TGO e TGP. <p>Periodicidade: Semestral.</p> | <p>B18.0 B18.1</p> <p>Gastroenterologista Infectologista (Preferencialmente).</p> <p>Hepatite B e Coinfeccões</p> |
| <p>HEPATITE VIRAL C E COINFEÇÕES (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina 10.000 UI F/A</p> <p>Alfapeginterferona 2a 180mcg F/A</p> <p>Filgrastim 300mcg F/A</p> <p>Ribavirina 250mg cáps.</p> <p>Sofosbuvir 400 mg comp.</p> <p>Sofosbuvir + velpatasvir (400 + 100 mg) comp.</p> | <p>Para todos os pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cópia do exame de HCV-RNA quantitativo (realizado nos últimos 12 meses);- Relato médico e/ou exames comprobatórios que permitam a definição de estadiamento da doença hepática por FIB4 ou APRI ou elastografia hepática ou biópsia hepática. <p>- <u>Para pacientes com cirrose, também:</u> Relato médico com a descrição do <i>score</i> de Child-Pugh.</p> <p><u>Para os casos de pacientes com doença renal crônica grave, também:</u> Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do <i>clearance</i> de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</p> <p><u>Para os casos de pacientes que fizeram uso prévio de antivirais de ação direta, também:</u>Relato médico descrevendo o esquema terapêutico e tempo de tratamento com anti-virais de ação direta (DAA), utilizado previamente.</p> | <p>Para Ribavirina em tratamento acima de 12 semanas:</p> <p>Exame laboratorial: Hemograma, TGO, TGP, uréia, creatinina (ou clearance de creatinina).</p> <p>Periodicidade: na 12ª semana</p> | <p>B17.1 (Aguda) B18.2 (Crônica)</p> <p>Gastroenterologista Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>Hepatite C e coinfeccões</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Ledipasvir + sofosbuvir (90 + 400mg) – comp; Glecaprevir + pibrentasvir (100 + 40mg) comp; Hepatite Viral C *Atualizado em 07/01/21.</p> | <p>Mulheres em idade fértil devem apresentar βHCG no momento da primeira dispensação.</p> <p>Observação: Fica suspensa TEMPORARIAMENTE a obrigatoriedade de apresentação do exame de genotipagem do HCV conforme nota informativa nº 24/2020 – CGAHV/DCCI/SVS/MS</p> | | |
| <p>HIDRADENITE SUPURATIVA (Protocolo MS) Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida Hidradenite Supurativa * Atualizado em 13/11/19</p> | <p>- Laudo médico informando a história e a localização anatômica das lesões, o estágio evolutivo da doença em que o paciente se encontra utilizando a classificação de <i>Hurley</i> e os tratamentos prévios realizados (validade 90 dias); e - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias); e - PPD (validade 2 anos); e - HBsAg; Anti-HBc; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); e - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); e - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> | <p>Para todos: - Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da <i>HiSCR</i> (<i>Hidradenitis Suppurativa Clinical Response</i>) Periodicidade: trimestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP Periodicidade: Trimestral</p> | <p>L73.2 Dermatologista (Preferencialmente). Hidradenite Supurativa (PCDT)</p> |
| <p>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (Protocolo MS) Fludrocortisona 0,1mg comp. Ciproterona 50 mg comp. Hiperplasia Adrenal Congênita</p> | <p>- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH); - Dosagem de sódio e potássio séricos <u>OU</u> dosagem renina plasmática e aldosterona. * Validade 90 dias</p> | <p>- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. Periodicidade: Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral. - Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>E25.0 Endocrinologista (Preferencialmente) Hiperplasia Adrenal Congênita</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>HIPERPROLACTINEMIA (Protocolo MS)</p> <p>Bromocriptina 2,5 mg comp.</p> <p>Cabergolina 0,5 mg comp.</p> <p>Hiperprolactinemia</p> | <p>- Pesquisa de macroprolactina (validade 90 dias);</p> <p>- Dosagem de prolactina (validade 90 dias);</p> <p>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (validade 1 ano);</p> <p>- Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (validade 90 dias);</p> <p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p> <p>- <u>Ecocardiografia transtorácica:obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (validade 180 dias).</u></p> | <p>- Dosagem de Prolactina.</p> <p>Periodicidade: Anual ou nos casos de mudança de dose.</p> <p>- Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma.</p> <p>Periodicidade: 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.</p> | <p>E22.1</p> <p>Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Hiperprolactinemia (PCDT)</p> |
| <p>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS)</p> <p>Sildenafil 20 mg comp.</p> <p>Ambrisentana 5mg e 10mg comp. revest.</p> <p>Bosentana 62,5mg e 125mg comp. revest.</p> <p>Hipertensao Arterial Pulmonar</p> | <p>- Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de artéria pulmonar sistólica, diastólica e média, pressão capilar pulmonar e resistência vascular pulmonar OU laudo médico descrevendo a impossibilidade de realização do exame;</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias);</p> <p>- Laudo médico informando (validade 90 dias):</p> <ul style="list-style-type: none">o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>;o Gravidade da doença, conforme classe funcional, na classificação da NYHA/OMS;o Resultado do teste de caminhada, ou laudo médico justificando a impossibilidade de realização;o Comprovação de falha terapêutica com uso de bloqueadores de canal de cálcio por pelo menos três meses (<i>somente para sildenafil</i>);o Critérios objetivos de falha terapêutica ao uso de sildenafil (<i>somente para ambrisentana e bosentana</i>). <p>OBS.: Após análise da documentação apresentada, a Comissão Avaliadora poderá exigir outros exames e/ou documentos complementares para a conclusão da avaliação.</p> | <p>Para Bosentana e Ambrisentana:</p> <p>- Hemograma Completo.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- TGO, TGP.</p> <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 12 meses e após, trimestral.</p> | <p>I27.0 I27.2 * I27.8 *</p> <p>Cardiologista Pediatra Pneumologista Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>(*) Deverá ser informado também o CID secundário</p> <p>Devem ser atendidos em serviço especializado com equipe multidisciplinar e multiprofissional ou centro de referência.</p> <p>Hipertensão Arterial Pulmonar (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

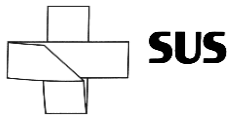
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>HIPOPARATIREOIDISMO (Protocolo MS)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Hipoparatiroidismo</p> | <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cálcio total e albumina, OU cálcio iônico;- PTH;- Fósforo e magnésio;- Creatinina e calciúria 24h;- Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina;- Peso atual do paciente. <p>* Validade 90 dias.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas. <p>Periodicidade: Mensal até normalização e após, semestral.</p> | <p>E20.0 / E20.1 E20.8 / E89.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia.</p> <p>Hipoparatiroidismo (PCDT)</p> |
| <p>ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg cáps.</p> <p>Ictiose Hereditaria</p> | <ul style="list-style-type: none">- Fosfatase alcalina; Bilirrubinas;- Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO;- Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos;- Uréia; Creatinina;- Glicose; Hemograma completo;- EAS;- Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças. <p>*Validade 90 dias.</p> <ul style="list-style-type: none">- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); | <ul style="list-style-type: none">- Colesterol total, HDL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Crianças (até 19 anos)</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Densitometria óssea em maiores 60 anos. <p>Periodicidade: Anual.</p> | <p>L44.0/ Q80.0/ Q80.1 Q80.2/ Q80.3/ Q80.8 Q82.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p>Ictioses Hereditárias (PCDT)</p> |
| <p>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Imunodeficiencia Primária</p> | <p><u>Para todos os CIDs: Validade 90 dias</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IgG total, IgA, IgM;- Hemograma completo;- Uréia e Creatinina;- ALT, AST e Albumina sérica. <p><u>Incluir somente para o CID D80.3: Validade 90 dias</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Subclasses de IgG. <p><u>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B;- Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti – tétano, anti – difteria, anti – rubéola, | <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>D80.0/ D80.1/ D80.3/ D80.5/ D80.6/ D80.7/ D80.8/ D81.0/ D81.1/ D81.2/ D81.3/ D81.4/ D81.5/ D81.6/ D81.7/ D81.8/ D82.0/ D82.1/ D83.0/ D83.2/ D83.8</p> <p>Imunologista e Geneticista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista.</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

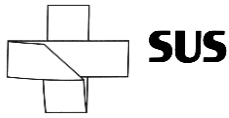


| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>anti – hepatite B, anti– sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais).</p> | | <p>Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de Anticorpos</p> |
| <p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula)</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg (por comprimido)</p> <p>Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg (por comprimido)</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg (por cápsula)</p> | <p>- Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgaste)</p> <p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p> <p>*Atualizado em 11/06/2021.</p> | <p>Para Azatioprina e Micofenolato: - Hemograma completo Periodicidade: mensal nos primeiros 2 meses de uso, depois a cada alteração de dose ou a critério médico. - Amilase, ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Tacrolimo: - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Sirolimo ou Everolimo - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina Periodicidade: a critério médico.</p> | <p>Z94.1 T86.2</p> <p>Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Imunossupressão no Transplante Cardíaco (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.

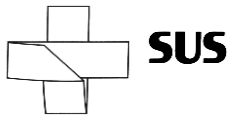


| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. E 100mg/ml sol. Oral</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Metilprednisolona 500mg F/A</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Sirolimo 1mg e 2mg.</p> | <p>- Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos; - Alta hospitalar.</p> <p>*Validade 90 dias.</p> <p>* Atualizado em 03/06/19.</p> <p>Imunossupressao do transplante Hepatico em Pediatria</p> | <p>Para Azatioprina: - Hemograma completo, TGO, TGP. Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para Ciclosporina e Tacrolimo: - Dosagem sérica. Periodicidade: Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p> | <p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p>Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</p> |
|---|---|--|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

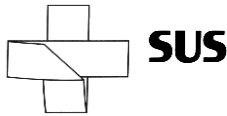
ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e 100mg/ml sol. oral</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</p> <p>* Atualizado em 03/06/19.</p> | <p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos.</p> <p>- Alta hospitalar.</p> <p>* Validade 90 dias</p> | <p>Para: Azatioprina - Hemograma completo. Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo: - Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p> | <p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos (PCDT)</p> |
|--|--|--|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

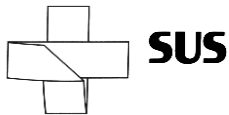
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e sol. oral 100mg/ml</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Metilprednisolona 500mg F/A</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp.</p> <p>Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Imunossupressão do Transplante Renal</p> | <p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">o se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não);o HLA;o tempo de isquemia;o reatividade contra painel;o se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência;o se trata de retransplante. <p>- Alta hospitalar.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p> | <p>Para Azatioprina</p> <p>- Hemograma completo</p> <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:</p> <p>- Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:</p> <p>- Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p> | <p>Z94.0 T86.1</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p>Imunossupressão no Transplante Renal (PCDT)</p> |
|---|---|--|--|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

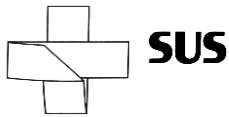
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON (Protocolo MS)</p> <p>Insuficiencia Adrenal Primaria</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p> | <p>- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) <u>ou</u> Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona.</p> <p>* Validade: 90 dias</p> | <p>- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Solicitar registros das medidas de pressão arterial. Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>E27.1 E27.4</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Insuficiência Adrenal Congênita (PCDT)</p> |
| <p>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA</p> <p>Sacubitril + Valsartana comprimido 24 + 26mg 49 + 51mg 97 + 103mg</p> | <p>- Laudo do médico assistente informando:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra;▪ Os tratamentos prévios incluindo as posologias utilizadas. <p>- Dosagem de Potássio sérico (validade 3 meses);</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 3 meses);</p> <p>- Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tio B (NT-ProBNP) (validade 12 meses);</p> <p>- Ecocardiograma transtorácico (validade 12 meses);</p> | <p>- Dosagem de Potássio sérico; e</p> <p>-Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina</p> <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> | <p>150.0 150.1 150.9</p> <p>Cardiologista (preferencialmente)</p> <p>Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (PCDT)</p> |
| <p>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</p> <p>Pancreatina 10.000 e 25.000 UI cáps.</p> | <p>- Dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas <u>ou</u> Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III) mais qualquer um dos exames abaixo:</p> <p>- Radiografia simples de abdome <u>OU</u></p> <p>- Ultrassonografia de abdome <u>OU</u></p> <p>- Tomografia computadorizada de abdome <u>OU</u></p> | <p>- Anamnese e avaliação do IMC. Periodicidade: Semestral.</p> | <p>K86.0 K86.1 K90.3</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Insuficiência Pancreática Exócrina</p> | <p>- Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou ressonância magnética de vias biliares <u>OU</u> - Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.</p> <p>*Obs: 1) Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorréia).</p> <p>Atenção: Será excluído exame de gordura nas fezes quando qualquer exame de imagem for conclusivo.</p> | | <p>Insuficiência Pancreática Exócrina (PCDT)</p> |
| <p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Oxibutinina 5 mg</p> <p>Oxibutinina 10 mg</p> <p>Tolterodina 4 mg* <i>*Fabricação Temporariamente indisponível.</i></p> | <p>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (validade 90 dias);</p> <p>- Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (validade 90 dias).</p> | | <p>R32 N30.0 / N31.0 / N31.9 N32.0 / N33.0 / N39.0</p> <p>Urologista Nefrologista (Preferencialmente*)</p> <p>Exige prescrição de medicamentos emitida ou endossada por médico urologista ou nefrologista.</p> <p>Oxibutinina - (cloridrato de oxibutinina) e Tolterodina (tartarato de tolterodina) - Critérios de utilização</p> |
| <p>LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg</p> <p>Leuprorrelina 11,25 mg injetável* <i>*Fabricação Temporariamente indisponível.</i></p> | <p>- Histerosalpingografia <u>OU</u> - Histeroscopia <u>OU</u> - Histerossonografia <u>OU</u> - Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>OU</u> - Tomografia computadorizada <u>OU</u> - Ressonância magnética <u>OU</u> - Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem).</p> <p>*Validade 1 ano.</p> | <p>- Ultrassonografia e hemograma. Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>D25.0 D25.1 D25.2</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>Leiomioma (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Triptorrelina 3,75mg injetável</p> <p>Leiomioma do Útero</p> | | | |
| <p>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Danazol 100mg cáps.</p> <p>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</p> <p>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável</p> <p>Micofenolato de mofetila 500 mg comp. (somente para Nefrite Lúpica)</p> <p>Lupus Eritematoso Sistêmico</p> <p>*Atualizado em 16/11/2022</p> | <p>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI (<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>).</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, Uréia e creatinina, EAS, Complemento C3 e C4, Eletroforese de proteínas, Avaliação de auto-anticorpos: anti-DNA nativo (validade 90 dias).</p> <p>- FAN (sem validade).</p> <p>Para LES + NEFRITE:</p> <p>- Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, Eletrólitos (sódio e potássio) (validade 90 dias)</p> <p>- Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (sem validade)</p> <p>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</p> <p>- Teste de Coombs direto, Reticulócitos, DHL (desidrogenase láctica). (validade 90 dias)</p> <p>Para LES + TROMBOSE:</p> <p>- Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM. (validade 90 dias)</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p> | <p>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para todos:</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, complementos C3 e C4. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato</p> <p>- Creatinina e uréia. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina</p> <p>- Creatinina e uréia. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- Dosagem sérica de ciclosporina Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Ciclofosfamida</p> <p>- creatinina, uréia, sódio e potássio. Periodicidade: trimestral.</p> <p>- Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Hidroxicloroquina</p> <p>- Avaliação oftalmológica. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Danazol</p> <p>- TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicerídeos. Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>L93.0 L93.1 M32.1 M32.8</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p> <p>Casos especiais devem ser tratados por médicos qualificados, em serviço especializado. Gestantes, lactantes, crianças e pacientes com manifestações graves associadas ao LES também devem ser encaminhadas para serviço especializado.</p> <p>Lúpus Eritematoso Sistêmico PCDT</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

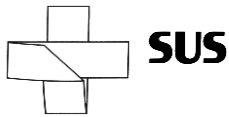
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO EXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLA E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</p> <p>Talidomida 100 mg comp.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Não é exigido LME;- Notificação de receita de talidomida;- Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade <u>OU</u> Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;- Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – validade 90 dias;- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). | <p>- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.</p> | <p>M32/ L93.0/ L93.1 T86.0/ C90.0/D46.0 D46.1/ D46.4</p> <p>Hematologista Reumatologista (Preferencialmente)</p> |
| <p>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina comp. 25mg, 50mg, 100mg e sol. oral 100mg/mL</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</p> <p>Piridostigmina 60mg comp.</p> <p>Miastenia Gravis</p> <p>* Atualizado em 15/03/19.</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exames confirmatórios de diagnóstico (sem data de validade):<ul style="list-style-type: none">▪ Laudo de Eletroencefalografia (validade 90 dias); ou▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetilcolina <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, TGO, TGP;- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, Creatinina;- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) – (validade 90 dias). | <p>Para Azatioprina: Hemograma, TGO e TGP. Periodicidade: Mensalmente, nos primeiros três meses, após, Trimestralmente.</p> <p>Para Ciclosporina: - Nível sérico de ciclosporina, sódio, potássio, cálcio, magnésio e creatinina Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>G70.0</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, todos os pacientes com dificuldades diagnósticas, refratários ao tratamento clínico ou com intolerância medicamentosa.</p> <p>Miastenia Gravis (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II (Protocolo MS)</p> <p>Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml</p> <p>Mucopolissacaridose Tipo II Idursulfase</p> <p>* Atualizado em 20/02/19.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Exame de comprovação diagnóstica:<ul style="list-style-type: none">o cópia de exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; ouo Cópia do exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) determinada na mesma amostra de plasma, fibroblasto, leucócito; e da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade de IDS); e dosagem de glicosaminoglicanos na urina;- Laudo médico contendo a história clínica, peso, altura, pressão arterial (validade 90 dias);- Laudo de neurologista descrevendo a avaliação neuropsicomotora (validade 90 dias);- Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal);- Questionário de qualidade de vida validado;- Laudo de radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (póstero-anterior), coxofemorais (póstero-anterior) e ambas as mãos (validade 90 dias). | <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de glicosaminoglicanos na urina; e- Laudo médico contendo a evolução clínica, peso, altura, pressão arterial; e- Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal). Periodicidade: semestral.- Questionário de qualidade de vida validado;- Laudo de médico neurologista descrevendo o desenvolvimento neuropsicomotor. Periodicidade: anual. | <p>E76.1</p> <p>Geneticista Neurologista Pediatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser feito por equipe em serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade.</p> <p>Mucopolissacaridose do tipo II (PCDT)</p> |
| <p><u>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A (PCDT-MS)</u></p> <p>Alfaelossulfase 1 mg/ml injetável.</p> <p>Mucopolissacaridose Tipo IV A-1</p> <p>*Atualizado em 09/06/2021</p> | <ul style="list-style-type: none">- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; OU Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses);- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) | <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período;Periodicidade: semestral- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M);- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos;- Ecocardiograma;- Espirometria;Periodicidade: semestral no primeiro | <p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar em serviços especializados.</p> <p>Mucopolissacaridose tipo IV A (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



| | | | |
|--|---|---|---|
| | (validade 180 dias); - Ecocardiograma (validade 180 dias); | ano, após, anual. | |
| <p><u>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI</u> (PCDT-MS)</p> <p>Galsulfase 1mg/ml injetável</p> <p>Mucopolissacaridose Tipo VI</p> <p>*Atualizado em 09/06/2021</p> | <p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none">o Atividade da ASB em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS) <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none">o Atividade da ASB em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene ASB. <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">o Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses);o Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); | <p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; Periodicidade: semestral</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p> <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M); Periodicidade: semestral.</p> <p>Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador); Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p> | <p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar</p> <p>Mucopolissacaridose tipo VI (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</p> <p>Ertapenem 1g injetável F/A</p> <p>Teicoplanina 400mg injetável F/A</p> <p>Osteomielite Crônica</p> <p>*Atualizado em 14/10/2022</p> | <p>- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado (validade 90 dias).</p> <p>- Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, aspartato aminotransferase/transaminase oxalacética (AST/TGO), alanina aminotransferase/transaminase glutâmico (AST/TGO).(validade 90 dias)</p> | <p>- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. Periodicidade: trimestral.</p> | <p>M46.2 M86.4 M86.6 M86.9</p> <p>Infectologista (Exclusivamente)</p> <p>Osteomielite Crônica (Protocolo Estadual)</p> |
| <p>OSTEOPOROSE (Protocolo MS)</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Pamidronato 30 e 60 mg injetável F/A</p> <p>Raloxifeno 60mg comp.</p> <p>Risedronato 35 mg comp.</p> <p>Osteoporose</p> <p>* Atualizado em 20/02/20.</p> | <p>- Descrição dos dados clínicos em laudo médico ou no próprio LME;</p> <p>- Densitometria óssea recente (máx. 1 ano) do fêmur proximal ou coluna, <i>exceto para os casos de fratura de baixo impacto com fatores de risco</i>;</p> <p>- Para os casos de fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra: Radiografia do local acometido;</p> <p>- Para mulheres: Laudo descritivo relatando pós-menopausa (validade 90 dias). (Idade mínima: igual ou superior a 50 anos de idade)</p> | <p>-</p> | <p>M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1 (APENAS PARA MULHERES)</p> <p>M80.2 / M80.3 M80.4 / M80.5 M80.8 / M81.2 M81.3 / M81.4 M81.5 / M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 / M82.8 (AMBOS OS SEXOS)</p> <p>Osteoporose</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

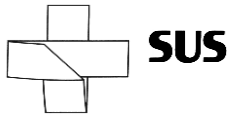
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Protocolo MS)</p> <p>Palivizumabe 50mg/mL e 100mg/mL injetável F/A</p> | <p><u>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade:</u> -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas em unidade de cuidado neonatal); -Para pacientes cardiopatas: relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (Anexo I).</p> <p><u>Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade:</u> -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas);</p> <p>-Para pacientes cardiopatas: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (Anexo II).</p> <p>-Para pacientes com doença pulmonar crônica: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticoide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (Anexo III).</p> | <p>Formulário para Solicitação de Palivizumabe</p> | <p>Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório</p> |
| <p>PSORÍASE (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg caps.</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa (acima 6 anos)</p> <p>Calcipotriol 50mcg/g pomada</p> <p>Ciclosporina 100mg/ml sol. Oral; 25mg; 50mg e 100mg caps.</p> <p>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</p> | <p>Para todos os medicamentos: - Laudo médico informando o grau de gravidade das lesões informando o valor do índice de extensão da psoríase – PASI ou do Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI). Incluir no laudo, a informação sobre o uso de quaisquer medicamentos (validade 90 dias)</p> <p>Para Calcipotriol: Cálcio Sérico (validade 90 dias)</p> <p>Para Todos, exceto calcipotriol: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, Gama-GT, (validade 90 dias) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Acitretina: - Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (validade 90 dias) - Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (validade 1 ano)</p> <p>Para Ciclosporina - Bilirrubinas, Colesterol total e frações, triglicerídeos, sódio, magnésio, potássio, ácido úrico e EAS. (validade 90 dias) - PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);</p> | <p>Para todos os medicamentos - Índice PASI ou DLQI Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Acitretina: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, AST/TGO, ALT/TGP. Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil Periodicidade: Mensal - Para crianças: Raios-X de mãos e punhos. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciclosporina: - Uréia, Creatinina. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Metotrexato: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> | <p>L40.0 L40.1 L40.4 L40.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>Psoríase (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

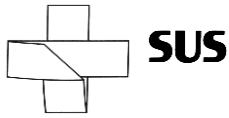
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Risanquinumabe 75 mg/0,8mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável</p> <p>Psoriase</p> <p>*atualizado em 12/05/2022.</p> | <p>Para Metotrexate:</p> <ul style="list-style-type: none">- Albumina, EAS (validade 90 dias);- PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Proteína C reativa (PCR), EAS (validade 90 dias);- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano);- PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). | <p>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT e PCR <p>Periodicidade: trimestral</p> | |
| <p>POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (Protocolo MS)</p> <p>Tafamidis 20mg - comp (acima de 18 anos)</p> <p>Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p> <p>*Atualizado em 11/09/19.</p> | <p>- Biópsia do órgão afetado com comprovação do depósito amilóide; <u>OU</u> Exame de DNA, com a presença de mutação do gene da TTR; (realizados a qualquer momento – sem prazo de validade);</p> <p>- Laudo médico (validade 90 dias) contendo:</p> <ul style="list-style-type: none">* Sintomatologia apresentada;* Estágios de gravidade da doença (I, II, III ou IV) de acordo com a incapacidade de deambulação do paciente e o grau de assistência necessário;* Histórico familiar da doença;* Informação se paciente foi submetido a transplante hepático; <p>- Exames laboratoriais (validade 90 dias):</p> <ul style="list-style-type: none">* Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicérido, exame de urina (EAS, proteinúria);- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Obs. Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p> | <p>- Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicérido, exame de urina (EAS, proteinúria);</p> <p>- Beta-HCG (mulheres em idade fértil)</p> <p>Periodicidade: Semestral</p> | <p>E85.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos preferencialmente em serviços de atenção especializada em doenças raras.</p> <p>Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

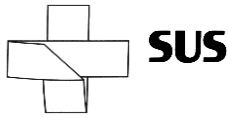
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</p> <p>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</p> <p>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</p> | <p>Para paciente com previsão de transplante para os próximos 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">Doença hepática Crônica Terminal por vírus B:<ul style="list-style-type: none">- HBsAg (+)- HBeAg- Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none">Hepatite fulminante por vírus B:<ul style="list-style-type: none">- Anti-HBc IgM (+). <p>Para paciente pós – transplantado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase [não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-)], HBsAg, Anti-HBc IgM. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml;- Portadores de HIV;- Idade < 12 anos;- Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B. | <ul style="list-style-type: none">- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês.- Anti – HBs, ALT e AST. Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais.- HBsAg. Periodicidade: Semestral (não obrigatório). | <p>B18.0 B18.1 B16.0 B16.2</p> <p>Infectologista Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p>Profilaxia da reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-transplante Hepático</p> |
|---|--|--|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

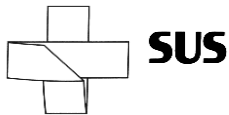
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.</p> | <p>- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (validade 90 dias).</p> <p>- Idade maior que 18 anos.</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 90 dias.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <p>1- exame de clearance de creatinina (validade 90 dias); OU</p> <p>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 90 dias) e peso atualizado do paciente.</p> | <p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <p>- Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p> <p>- Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p> | <p>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</p> <p>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</p> <p>M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente*)</p> <p>Dabigatrana - Critérios de utilização na profilaxia da TVP</p> |
|---|--|---|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50mg comp.</p> <p>Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg injetável</p> <p>Triptorrelina 3,75mg e 11,25 injetável</p> <p>Obs.: Leuprorrelina injetável de 45mg e Triptorrelina injetável de 22,5mg, estão em processos de aquisição e, portanto, ainda não disponíveis nas farmácias cidadãs estaduais.</p> <p>Puberdade Precoce Central</p> <p>*Atualizado em 26/12/2022</p> | <ul style="list-style-type: none">- LME informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios (validade 90 dias)- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (validade 90 dias)- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (validade 90 dias);- Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos de todas as idades e para meninas até 06 anos. (validade 24 meses).- Ultrassonografia pélvica para meninas (validade 24 meses)- Dosagem de LH (validade 90 dias);- Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, (exceto para meninas menores de 3 anos) (validade: 24 meses). <p>Para Ciproterona, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (validade 90 dias).</p> <p>Observação 2: para o teste de provocação: documentos necessários estão em termo específico.</p> <p>Formulário Teste Leuprorrelina</p> <p>Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprorrelina</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. Periodicidade: Trimestral.- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina. Periodicidade: no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose- Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea. Periodicidade: Anual. <p>Para Ciproterona, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. Periodicidade: semestral</p> | <p>E22.8</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico.</p> <p>Puberdade Precoce Central (PCDT)</p> |
|---|---|---|---|

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Danazol 100mg cáps.</p> <p>Eltrombopague 25mg e 50mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Púrpura Trombocitopenica Idiopatica * Atualizado em 17/02/2020</p> | <p>- Laudo médico detalhando a evolução clínica, tempo de diagnóstico de PTI e os tratamentos prévios realizados (validade 90 dias);</p> <p>- Hemograma completo (validade 30 dias);</p> <p>Para Ciclofosfamida: - Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade)</p> <p>Para Eltrombopague: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (validade 90 dias).</p> | <p>Para todos: - Hemograma completo Periodicidade: trimestral ou a cada solicitação de aumento de dose.</p> <p>Periodicidade: Trimestral:</p> <p>Azatioprina: ALT/TGP e AST/TGO.</p> <p>Ciclofosfamida: Creatinina.</p> <p>Eltrombopague: ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina.</p> <p>Para Danazol: - TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral. - Ultrassonografia abdominal. Periodicidade: Anual.</p> | <p>D69.3</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços de hematologia.</p> <p>Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PCDT)</p> |
| <p>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA (Protocolo MS)</p> <p>Burosumabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps</p> <p>Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada) (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT)</p> <p>Fósforo elementar 250mg cáps (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT)</p> | <p>Para todos:</p> <p>- Dosagens séricas de 25-Hidroxitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias)</p> <p>- Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias)</p> <p>- Gasometria venosa (validade 90 dias)</p> <p>- Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano)</p> <p>Para Burosumabe, acrescentar:</p> <p>- Diagnóstico genético de HLX (sem validade)</p> <p>Exames não obrigatórios:</p> <p>- Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade)</p> | <p>Para todos:</p> <p>- Radiografia das áreas afetadas. Periodicidade: No 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, trimestral.</p> <p>Para burosumabe:</p> <p>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxitamina D. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</p> <p>- Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: semestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>Para Calcitriol, acrescentar:</p> <p>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. Periodicidade: mensal nos primeiro três meses. Depois,</p> | <p>E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Raquitismo e Osteomalacia</p> | | <p>Trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.</p> <p>- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia de rins e vias urinárias.</p> <p>Periodicidade: 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica.</p> <p>Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:</p> <p>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: Trimestral</p> <p>- Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: anual.</p> | <p>Raquitismo e Osteomalácia (PCDT)</p> |
| <p>RETOCOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25 mg; 50 mg e 100 mg comp e 100mg/mL solução oral</p> <p>Mesalazina 400 mg, 500mg e 800mg compr.</p> <p>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório</p> <p>Mesalazina enema 1g e 3g + diluente 100ml</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A (acima 6 anos)</p> | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo dos exames:<ul style="list-style-type: none">o Endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia); eo Histopatológico completo;- Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano;- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses) <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia, Creatinina sérica, EQU (EAS). (validade 3 meses) <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio (validade 3 meses) <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- PPD (validade 2 anos);- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. | <p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral à critério clínico.</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia, Creatinina sérica, EQU(EAS). <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral à critério clínico.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral à critério clínico.</p> | <p>K51.0 K51.2 K51.3 K51.5 K51.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p>Casos refratários devem ser encaminhados para serviço especializado no tratamento de RCU.</p> <p>Retocolite Ulcerativa</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

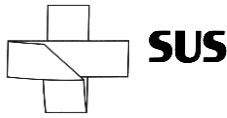
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Tofacitinibe 5mg comp. (acima 18 anos)</p> <p>Vedolizumabe 300mg F/A (acima 18 anos)</p> <p>Retocolite Ulcerativa</p> <p>* Atualizado em 18/04/2021</p> | | | |
| <p>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS)</p> <p>Clopidogrel 75mg comp.</p> | <p>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME);</p> <p>- Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Síndrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana;</p> <p>- No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista;</p> <p>- No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista e laudo de endoscopia digestiva alta.</p> <p>* Validade 90 dias</p> | - | <p>I20.0 – I20.1 – I21.0 – I21.1 – I21.2 – I21.3 – I21.4 – I21.9 – I22.0 – I22.1 – I22.8 – I22.9 – I23.0 – I23.1 – I23.2 – I23.3 – I23.4 – I23.5 – I23.6 – I23.8 – I24.0 I24.8 – I24.9</p> <p>Cardiologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndromes Coronarianas Agudas</p> |
| <p>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> | <p>Para Ciclosporina, Ciclofosfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</p> <p>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade)</p> <p>- Hemograma completo (validade 90 dias)</p> <p>- Contagem de reticulócitos (validade 90 dias)</p> <p>- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias)</p> <p>- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)</p> <p>- Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (validade 90 dias) e Sorologia para parvovírus B19 (validade 180 dias)</p> | <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos</p> <p>- Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio.</p> <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para ciclofosfamida:</p> <p>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.</p> <p>- Dosagem de creatinina e ureia.</p> <p>Periodicidade: na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> | <p>D60.0 D60.1 D60.8 D61.0 D61.1 D61.2 D61.3 D61.8 D70 Z94.8</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

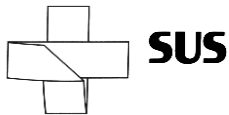
* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A</p> <p>Síndrome de Falência Medular</p> <p>*Atualizado em 24/05/2023</p> | <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none">- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade)- 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm³ ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (validade 90 dias)- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias)- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV | <p>Para Eltrombopague:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.- Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Filgrastim - Neutropenias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo. <p>Periodicidade: mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p>Obs.: O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p> | <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p>Síndrome de falência Medular</p> |
| <p>SINDROME DE GUILLAIN-BARRE (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g F/A</p> <p>Síndrome de Guillain-Barre</p> | <ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico detalhado, onde fique evidenciado que se trata de síndrome de Guillain-Barre, com manifestação de déficit motor, e/ou evolução para disfunção respiratória, condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental (Validade 90 dias);- Liquor (com resultado de celularidade e proteína);- receita em duas vias;-LME;- A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregue posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica. | <p>*** Por ser uma emergência neurológica, pacientes hospitalizados podem ser atendidos.</p> <p>Não será necessário apresentar a ALTA HOSPITALAR para retirada do medicamento.</p> | <p>G61.0</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (Critérios de uso – Estadual)</p> <p>Pramipexol 0,25mg</p> <p>Termo Síndrome das Pernas Inquietas Pramipexol</p> | <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI;- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio;- Dosagem de ferritina sérica;- Uréia e creatinina;- Paciente maior que 18 anos. <p>* Validade 90 dias</p> | <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia e Creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p> | <p>G25.8</p> <p>Neurologista (Preferencialmente *)</p> <p>Exige médico neurologista</p> <p>Pramipexol - Critérios de utilização na síndrome das pernas inquietas</p> |
| <p>SÍNDROME DE TURNER (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</p> <p>Síndrome de Turner-1</p> | <ul style="list-style-type: none">- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;- Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos;- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas. | <ul style="list-style-type: none">- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- IGF-1 (Fator de crescimento insulina similar). <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> | <p>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8</p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente*)</p> <p>É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.</p> <p>Síndrome de Turner (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50 mg comp.</p> <p>Síndrome de Ovarios Policisticos</p> | <p>* Validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ultrassonografia pélvica;- Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) <u>ou</u> evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona);- Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica;- Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona;- Prolactina sérica;- Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito);- Sulfato de deidroepiandrosterona;- TSH;- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica);- TGO, TGP e bilirrubinas;- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). | <ul style="list-style-type: none">- TGO, TGP e bilirrubinas. Periodicidade: Semestral.- Dosagem sérica de testosterona. Periodicidade: Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios). | <p>E28.0 E28.2 L68.0</p> <p>Ginecologia Endocrinologia (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia.</p> <p>Síndrome de Ovários Policísticos</p> |
| <p>SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina 10.000UI F/A</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Talidomida 100 mg comp</p> <p>Síndrome Mielodisplásica de baixo risco</p> | <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores:<ul style="list-style-type: none">* Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; ou* Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R), categorizada em: Muito baixo, Baixo, Intermediário Alto e muito alto. Neste caso, deve-se informar a pontuação obtida do paciente.- Hemograma completo (validade 90 dias). <p>Para Filgrastim, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. <p>Para Talidomida, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. | <p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral.</p> <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral.</p> <p>Para Talidomida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, fosfatase alcalina e AST/TGO e ALT/TGP | <p>D46.0 D46.1 D46.4 D46.7</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>*Atualizado em 08/12/2022</p> | <p>- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). - Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA: * Notificação de receita de talidomida; * Termo de Responsabilidade/Esclarecimento específico para o usuário da Talidomida</p> | <p>Periodicidade: trimestral. - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil Periodicidade: Mensal</p> | |
| <p>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Ciclosporina cápsulas de 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 50 ml.</p> <p>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</p> <p>*Atualizado em 11/05/2020</p> | <p>- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal); - proteinúria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina; - EAS; - albumina sérica; - colesterol total, HDL e triglicerídeos; - creatinina sérica ou clearance de creatinina; - hemograma completo e contagem de plaquetas; - glicose; -TGO,TGP; - laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. * Validade 90 dias</p> <p>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para ciclofosfamida);</p> | <p>- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose. Periodicidade: A cada 3 meses.</p> <p>Para Ciclofosfamida: - Hemograma completo, TGO, TGP. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. Periodicidade: Mensal.</p> | <p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados.</p> <p>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</p> |
| <p>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Protocolo MS)</p> <p>Metilprednisolona 500mg amp.</p> <p>Ciclosporina cápsula de 25, 50 e 100mg e solução oral 10mg/ml</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Tacrolimo 1 e 5mg cáps.</p> <p>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</p> <p>*Atualizado em 11/05/2020</p> | <p>- Proteinúria; - Albumina; - Lipídios; - HBsAg, anti-HCV e anti-HIV) e o fator antinuclear (FAN).</p> <p>* Validade 90 dias</p> <p>- Biópsia renal (Em pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído) – sem validade;</p> | <p>- Albumina sérica; - Colesterol total e triglicerídeos; - Hemograma; - Glicose; - EQU(EAS); - Creatinina sérica; - Índice proteína/creatinina. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada</p> | <p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9</p> <p>Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p>É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia.</p> <p>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS)</p> <p>Desferroxamina 500 mg F/A</p> <p>Deferiprona 500 mg comp.</p> <p>Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.</p> <p>Sobrecarga de Ferro</p> | <p>Para todos os medicamentos – (validade 90 dias):</p> <ul style="list-style-type: none">- Ferritina sérica- Saturação de Transferrina <p>Para Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma (validade 30 dias) <p>Para Deferasirox:</p> <ul style="list-style-type: none">- TGO, TGP, creatinina (validade 90 dias) <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Acuidade visual e auditiva | <p>Para Desferroxamina e Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Deferasirox:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina;- TGO, TGP. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Acuidade visual e auditiva. <p>Periodicidade: Anual.</p> | <p>T45.4 E83.1</p> <p>Hematologista (Preferencialmente)</p> <p>Sobrecarga de Ferro (PCDT)</p> |
| <p>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10 mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comprimido</p> <p>Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I</p> <p>* Atualizado em 18/12/2018</p> | <p>- Dados antropométricos: peso, altura e IMC e três medidas de pressão arterial em datas diferentes.</p> <p>- Laudo médico detalhado informando a ocorrência ou não de história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e outras comorbidades – (validade 90 dias).</p> <p>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídios, glicemia de jejum (validade 90 dias). <p>- Para Lamotrigina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, TGO e TGP (validade 90 dias). | <p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC <p>Periodicidade: 3,6 e 12 meses, após anual.</p> <p>Para Lamotrigina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, TGO e TGP <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Prolactina. <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none">- hemograma <p>Periodicidade: mensal</p> <ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios e prolactina <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Prolactina. <p>Periodicidade: Anual</p> | <p>F31.1 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7</p> <p>Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser compartilhados entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental).</p> <p>Transtorno Afetivo Bipolar do</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|--|---|---|
| | | | tipo I (PCDT) |
| <p>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10mg comp lib imediata.</p> <p>Metilfenidato 20mg, 30mg e 40mg comp lib prolongada.</p> <p>Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade</p> | <p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre (validade 180 dias);</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato" - (validade 90 dias).</p> <p>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</p> <p>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</p> <p>- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia (validade 90 dias).</p> | <p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre. Periodicidade: Anual.</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato". Periodicidade: Semestral.</p> <p>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</p> | <p>F90.0 F90.1</p> <p><u>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos):</u> Pediatra Psiquiatra Neurologista</p> <p><u>Para adultos (acima de 19 anos)</u> Psiquiatra (Preferencialmente*)</p> <p>Sugere-se acompanhamento por equipe multidisciplinar.</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação do Metilfenidato</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

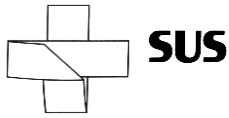


| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25 e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5 e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p> <p>Transtorno Esquizoafetivo</p> | <p>- Dosagens de Colesterol Total e Frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de Jejum.</p> <p>(Validade 90 dias)</p> <p>Só para Clozapina: - Hemograma Completo.</p> <p>(Validade 90 dias)</p> | <p>- Dosagens de Colesterol Total e Frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de Jejum. Periodicidade: Anual.</p> <p>Só para Clozapina: - Hemograma Completo. Periodicidade: Mensal.</p> | <p>F25.0 F25.1 F25.2</p> <p>Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.</p> <p>Transtorno Esquizoafetivo (PCDT)</p> |
| <p>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</p> <p>Tromboembolismo Venoso em Gestantes</p> <p>* Atualizado em 13/09/22</p> | <p>Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual); - Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem; - Hemograma completo; - Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</p> <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):</p> <p>- História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):</p> <ul style="list-style-type: none">Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética)Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT; <p>- Para Síndrome Antifosfolípideo (SAF):</p> <ul style="list-style-type: none">Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); ou histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; ou histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; ou histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclampsia ou insuficiência placentária; eExames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipinalIgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM. | <p>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</p> <p>Periodicidade: trimestral</p> | <p>D68.8/ I82.0/ I82.1 I82.2/ I82.3/ I82.8 O22.3/ O22.5</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para atenção especializada.</p> <p>Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia (PCDT)</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

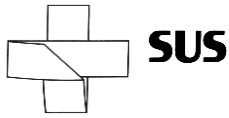
ATUALIZADO EM 30/05/2023.



| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>- Para Trombofilia hereditária de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none">Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homocigótica para o fator V de Leiden; ou mutação homocigótica para o gene da protrombina; ou deficiência da antitrombina III; ou Mutações heterocigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas. <p>- Trombofilia hereditária de baixo risco: Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterocigótica para o fator V de Leiden; ou mutação heterocigótica para o gene da protrombina; ou Deficiência da proteína C ou da proteína S; ou presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.</p> | | |
| <p>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml Seringas preenchidas</p> | <p>- Hemograma completo (validade 30 dias); - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade)</p> <p>Para Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda ou Tromboembolismo Pulmonar: - Doppler Venoso ou Angiografia Venosa ou Angiotomografia.</p> <p>Obs. Idade Mínima: mulheres a partir dos 15 anos e homens a partir dos 18 anos.</p> | <p>- Hemograma completo. Periodicidade: mensal nos 3 primeiros meses, e depois, trimestralmente.</p> | <p>Enoxaparina sódica - Critérios de utilização</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Uveítes Não Infecciosas</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p> | <p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados (validade 3 meses); e- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses); <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina e uréia (validade 90 dias); <p>Para Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina e uréia (validade 90 dias);- PPD (validade 2 anos).- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. | <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina, uréia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicérides, colesterol total e HDL. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> | <p>H15.0 / H20.1 / H30.1 H30.2 / H30.8</p> <p>Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados.</p> <p>Uveítes Posteriores Não Infecciosas (PCDT)</p> |
| | | | |
| | | | |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



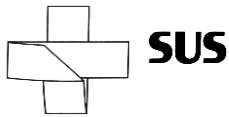
| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

RELAÇÃO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS (E SEUS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS) QUE AINDA NÃO POSSUEM PROTOCOLO CLÍNICO

| SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos | ABERTURA PROCESSO (1ª vez) | MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames) | CID-10 Médico Especialista |
|---|--|--|----------------------------------|
| TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL) | LME, Receita Médica e Documentos Pessoais. | LME e Receita Médica - Trimestral | Z94.3 Z94.2 |
| TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS Alfaepoetina 2.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola) Azatioprina 50 mg (por comprimido) | LME, Receita Médica e Documentos Pessoais. | LME e Receita Médica - Trimestral | Z94.8 |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL) Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)</p> | | | |
| <p>OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)</p> | <p>LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.</p> | <p>LME e Receita Médica - Trimestral</p> | <p>D81.0 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular D81.1 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B D81.2 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B D81.3 Deficiência de adenosinadeaminase [ADA] D81.4 Síndrome de nezelof D81.5 Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp] D81.6 Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade D81.7 Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade D81.8 Outras deficiências imunitárias combinadas D82.0 Síndrome de Wiskott-Aldrich D82.1 Síndrome de di George</p> |

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

* Enquanto estivermos no período de pandemia – COVID 19.

ATUALIZADO EM 30/05/2023.