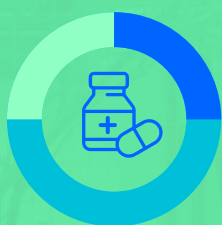


| Maio 2024

Resumo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



**Resumo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes
Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde**



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Elmano de Freitas da Costa

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DO CEARÁ

Jade Afonso Romero

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Tânia Mara Silva Coelho

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE POLÍTICAS EM SAÚDE

Maria Vaudelice Mota

COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO

Helga Rackel Sousa Santos

DIAGRAMAÇÃO

Leticia Maria dos Santos Rodrigues

Juliel Pereira Veras

EQUIPE DE MARKETING SESA

Ágda Sarah Sombra

Rayanne Nunes Forte de Aguiar

Thamires Rodrigues de Oliveira

ELABORAÇÃO:

Ana Paula Dajtenko Lemos

Assessora Técnica

Evanézia de Araújo Oliveira

Assessora Técnica

Kariny Santos Cândia

**Orientadora da Célula de Avaliação
e Tecnologias em Saúde**

EQUIPE TÉCNICA:

Karla Deisy Moraes Borges

Orientadora da Célula de Assistência Farmacêutica

Micael Pereira Nobre

Assessor Especial

Fernanda França Cabral

**Coordenadora da Coordenadoria de Políticas de
Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde**

Ficha Catalográfica elaborada por: Maria Claudete Silva Barros – CRB 3/1017

C387r

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado.

Resumo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde [recurso eletrônico] / Secretária da Saúde do Estado do Ceará; organização

Fernanda França Cabral, Karla Deisy Moraes Borges, Evanézia Araújo Oliveira, Kariny Santos Cândia, Micael Pereira Nobre e Ana Paula Dajtenko Lemos.

— Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2024.

177 p. il.

ISBN: 978-65-86649-52-9

1. Assistência farmacêutica. 2. Componente especializado

3. Protocolos clínicos. 4. Avaliação de tecnologia em saúde.

I. Título.

CDD 615

SUMÁRIO

ALFABÉTICO

A	07
C	44
D	46
E	78
F	92
G	98
H	99
I	109
L	119
M	128
O	134
P	137
R	147
S	154
T	169
U	175

ACNE GRAVE

PORTARIA Nº. 1159, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015

CID 10

L70.0
Acne vulgar

L70.1
Acne conglobata

L70.8
Outras formas de acne

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER;

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições entre 1 e 4 e, necessariamente, a quinta condição:

1.Acne nodulocística grave;

2. Acne conglobata;

3.Outras variantes graves de acne;

4.Acne com recidivas frequentes, requerendo cursos repetidos e prolongados de antibiótico sistêmico;

5.Ausência de resposta satisfatória ao tratamento convencional, incluindo antibiótico sistêmico administrado por um período de pelo menos 2 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- Gestação;
- Amamentação;
- Hipersensibilidade à isotretinoína, à vitamina A ou aos componentes da fórmula.

ACROMEGALIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 7 DE JANEIRO DE 2019

CID 10

E22.0
Acromegalia e gigantismo hipofisário

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em neuroendocrinologia



MEDICAMENTOS

CABERGOLINA 0,5 MG COMP
LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC)
LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC)
LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC)
OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP)
OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP)
OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Relato médico realizado em serviço especializado em neuroendocrinologia descrevendo os sinais e sintomas e os tratamentos já realizados para acromegalia (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico);

Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C);

Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica;

Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do cartão nacional de saúde (cns);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes com diagnóstico de acromegalia confirmado por manifestações clínicas e comprovação laboratorial de excesso hormonal (elevação de IGF-1 e de GH). Exames de imagem (RM ou TC) também são obrigatórios para identificação da causa da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos todos os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizados no Protocolo.

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017

CID 10

N18.0 – Doença renal em estágio final
N18.8 – Outra insuficiência renal crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com anemia na doença renal crônica devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).



MEDICAMENTOS

ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP)
ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP)
ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP)
ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);
Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro);
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes adultos, de ambos os sexos, que apresentarem o diagnóstico de DRC nos estágios 3 a 5 (filtração glomerular estimada inferior a 60 mL/min/1,73 m²), conforme definido por normas e diretrizes reconhecidas, na presença dos seguintes critérios:

- Anemia, com hemoglobina sérica inferior a 10 g/dL em ambos os sexos e
- Deficiência absoluta ou relativa de ferro.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

- Hemocromatose;
- Hemossiderose;
- Anemia hemolítica;
- Ferritina sérica acima de 500 ng/mL e saturação de transferrina superior a 30%; ou
- Hipersensibilidade ou intolerância ao produto ou a um de seus componentes.

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - REPOSIÇÃO DE FERRO

PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017

CID 10

N18.0 - Doença renal em estágio final
N18.8 - Outra insuficiência renal crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.



MEDICAMENTOS

SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica;

Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Relato médico informando se paciente encontra-se em tratamento conservador, diálise peritoneal ou hemodiálise;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do cartão nacional de saúde (cns);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes adultos, de ambos os sexos, que apresentarem o diagnóstico de DRC nos estágios 3 a 5 (filtração glomerular estimada inferior a 60 mL/min/1,73 m²), conforme definido por normas e diretrizes reconhecidas), na presença dos seguintes critérios:

- anemia, com hemoglobina sérica inferior a 10 g/dL em ambos os sexos e
- deficiência absoluta ou relativa de ferro.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

- hemocromatose;
- hemossiderose;
- anemia hemolítica;
- ferritina sérica acima de 500 ng/mL e saturação de transferrina superior a 30%; ou
- hipersensibilidade ou intolerância ao produto ou a um de seus componentes.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

PORTARIA CONJUNTA Nº 27, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2018

CID 10

D59.0

Anemia hemolítica
autoimune induzida por droga

D59.1

Outras anemias
hemolíticas autoimunes

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA

CICLOSPORINA 100 MG CAP

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML

CICLOSPORINA 25 MG CAP

CICLOSPORINA 50 MG CAP

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma);

Cópia do teste de Coombs direto (TCD);

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que preencherem ambos os critérios abaixo: – hemograma com anemia pelo menos moderada (Hb abaixo de 10 g/dL) e – teste de Coombs direto positivo e comprovação laboratorial de hemólise demonstrada por reticulocitose ou aumento de desidrogenase láctica ou redução da haptoglobina. Será necessária ainda a identificação do subtipo que, para o diagnóstico, deve preencher um dos critérios abaixo: – para anemia por anticorpos quentes: apresentar detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA; – para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos acima de 1:40; ou – para hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo. Os critérios de inclusão contemplam o diagnóstico de AHAI e de seus subtipos, porém o tratamento para cada um deles difere.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos propostos.

ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH)

PORTARIA Nº 880, DE 12 DE JULHO DE 2016

CID 10

D84.1

Defeito no sistema complemento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em imunologia ou genética



MEDICAMENTOS

DANAZOL 200 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudos para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente;

Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de AEH com deficiência de C1-INH conforme critérios especificados no item Diagnóstico do PCDT.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios abaixo:

- Mulheres com sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca;
- Gravidez ou lactação, devido à possibilidade de ocorrência de efeitos androgênicos no sexo feminino;
- Porfíria;
- Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento;
- Tumor dependente de androgênio (neoplasia de fígado ou de próstata);
- História de icterícia ou pruritus gravidarum;
- Presença ou história de eventos tromboembólicos;
- Crianças (até 12 anos de idade).

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M07.0

Artropatia psoriásica
interfalangiana distal

M07.2

Espondilite
psoriásica

M07.3

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP

METOTREXATO 2,5 MG COMP

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de Identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M07.0

Artropatia psoriásica
interfalangiana distal

M07.2

Espondilite
psoriásica

M07.3

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriaca estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M07.0

Artropatia psoriásica
interfalângiana distal

M07.2

Espondilite
psoriásica

M07.3

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

TOFACITINIBE 5 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de Identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M07.0

Artropatia psoriásica
interfalangiana distal

M07.2

Espondilite
psoriásica

M07.3

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas



MEDICAMENTOS

INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriaca estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M070

Artropatia psoriásica
interfalangiana distal

M072

Espondilite
psoriásica

M073

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC)
SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de Identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

CID 10

M070

Artropatia psoriásica
interfalangiana distal

M072

Espondilite
psoriásica

M073

Outras artropatias
psoriásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax;
Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoriaca estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR3



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

ARTRITE REATIVA

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 6 – 22/04/2021

CID 10

M03.2

Outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte.

M03.6

Artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.

M02.1

Artropatia pós-desintérica.

M02.3

Doença de Reiter

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP
SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os pacientes que apresentarem quadro clínico articular periférico ou axial com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal dentro do intervalo de até 4 semanas antes do aparecimento dos sinais articulares.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de Artrite Reativa (ARe). Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatoides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatoides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML
ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 – 03/09/2021

CID 10

M05.0 – Síndrome de Felty
M05.1 – Doença reumatóide do pulmão
M05.2 – Vasculite reumatóide

M05.3 – Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 – Outras artrites reumatóides soropositivas

M06.0 – Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 – Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

BARICITINIBE 2 MG COMPR
BARICITINIBE 4 MG COMP
TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML
TOFACITINIBE 5 MG COMP
UPADACITINIBE 15 MG COMP DE LIBERAÇÃO PROLONGADA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma)
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatoides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatoides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

CLOROQUINA 150 MG COMP

HIDROXICLOROQUINA 200 MG COMP

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatoides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatoides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP

METOTREXATO 2,5 MG COMP

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP)

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO)

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Cópia do exame de HBsAg

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)

Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatóides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatóides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO);
Cópia do exame de HBsAg



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatóides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
AZATIOPRINA 50 MG COMP
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC)
INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M05.0 - Síndrome de Felty
M05.1 - Doença reumatóide do pulmão
M05.2 - Vasculite reumatóide

M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M05.8 - Outras artrites reumatoides soropositivas

M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa
M06.8 - Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, o médico preferencial para essa atividade deve ser um reumatologista.



MEDICAMENTOS

RITUXIMABE (BIOSSIMILAR B CELLTRION/TRUXIMA/RUXIENCE®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML
RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma)
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO)
Cópia do exame de HBsAg



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0

Artrite reumatoide
juvenil

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CLOROQUINA 150 MG COMP
HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AIJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.

Cópia do exame de anti-HCV

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP)

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO)

Cópia do exame de HBsAg

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AI poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AIJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO);
Cópia do exame de HBsAg;
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

ABACEPTATE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP)
ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (FR-AMP).
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ETANERCEPTATE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTATE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTATE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
INFILIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AIJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO)
Cópia do exame de HBsAg



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AIJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença
Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma)
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvico - TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacético - TGO)
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 16 - 03/09/2021

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 - AIJ poliarticular juvenil
M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis
M08.9 - Artrite juvenil não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Preferentemente, que o tratamento seja orientado por reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023

CID 10

J45.0 – Asma predominante alérgica
J45.1 – Asma não alérgica
J45.8 – Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência em Pneumologia na Rede de Atenção à Saúde
no Estado do Ceará



MEDICAMENTOS

Budesonida 200 mcg cap inal



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, se paciente é taba-
gista, estágio da DPOC (conforme Quadro B do PCDT), histórico clínico, o nú-
mero de exacerbações moderadas a grave nos últimos 12 meses e doenças
concomitantes

Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase
pós-broncodilatador



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Presença de sintomas respiratórios como: tosse, sibilância/chiado
no peito, dispneia aos esforços, expectoração, respiração ofegante e
sensação de opressão torácica;
Presença de fatores de risco como: Idade superior a 40 anos; taba-
gismo ou inalação de gases irritantes ou de material particulado em
ambiente ocupacional ou domiciliar, como fumaça de fogões a lenha;
deficiência de alfa-1 antitripsina; história familiar de DPOC; baixo peso
ao nascer, infecções respiratórias na infância, entre outros.;
Paciente com distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo não comple-
tamente reversível, por meio de prova de função pulmonar completa
com broncodilatador (espirometria), com resultado de VEF1/CVF
inferior a 70% (0,07) pós-broncodilatador.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;

Tuberculose ou sequelas extensas de tuberculose pulmonar sem história de tratamento tuberculostático;

Doença fúngica pulmonar ativa sem tratamento específico concomitante.

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023

CID 10

J45.0 – Asma predominante alérgica

J45.1 – Asma não alérgica

J45.8 – Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência em Pneumologia na Rede de Atenção à Saúde
no Estado do Ceará



MEDICAMENTOS

Fumarato de formoterol + budesonida: cápsula ou pó inalante de 12
mcg/400 mcg e de 6 mcg/200 mcg;



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clíni-
cos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma

Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório
forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-bron-
codilatador (apenas a partir dos 5 anos)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Presença de sintomas respiratórios como: tosse, sibilância/chiado
no peito, dispneia aos esforços, expectoração, respiração ofegante e
sensação de opressão torácica;
Presença de fatores de risco como: Idade superior a 40 anos; taba-
gismo ou inalação de gases irritantes ou de material particulado em
ambiente ocupacional ou domiciliar, como fumaça de fogões a lenha;
deficiência de alfa-1 antitripsina; história familiar de DPOC; baixo peso
ao nascer, infecções respiratórias na infância, entre outros.
Paciente com distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo não comple-
tamente reversível, por meio de prova de função pulmonar completa
com broncodilatador (espirometria), com resultado de VEF1/CVF
inferior a 70% (0,07) pós-broncodilatador.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, miocardiopatia hipertrófica, taquiarritmias, hipopotassemia, crise tireotóxica

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023

CID 10

J45.0 – Asma predominante alérgica

J45.1 – Asma não alérgica

J45.8 – Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência em Pneumologia na Rede de Atenção à Saúde
no Estado do Ceará



MEDICAMENTOS

Fumarato de formoterol: cápsula ou pó inalante de 12 mcg;



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, se paciente é taba-
gista, estágio da DPOC (conforme Quadro B do PCDT), histórico clínico, o nú-
mero de exacerbações moderadas a grave nos últimos 12 meses e doenças
concomitantes

Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase
pós-broncodilatador



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais
anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o
diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispneia,
sibilância ou tosse recorrente.

Para tratamento com omalizumabe: O uso do omalizumabe está
restrito a pacientes com pelo menos 6 anos de idade, peso entre 20
e 150 kg e IgE total sérica entre 30-1500 UI/mL e com asma alérgica
grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório em dose
alta associado a um beta-2 agonista de longa ação, de acordo com as
tabelas de dose.

Para tratamento com mepolizumabe: O uso do mepolizumabe está
restrito a pacientes adultos com asma eosinofílica grave refratária
ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com
contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300
células/mL.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, miocardiopatia hipertrófica, taquiarritmias, hipopotassemia, crise tireotóxica

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023

CID 10

J45.0 – Asma predominante alérgica

J45.1 – Asma não alérgica

J45.8 – Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência em Pneumologia na Rede de Atenção à Saúde
no Estado do Ceará



MEDICAMENTOS

Mepolizumabe: pó para solução injetável de 100 mg



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados, incluindo a
frequência, obtidos na anamnese e no exame físico. Informar se paciente
realiza tratamento para a asma e há quanto tempo

Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório
forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-bron-
codilatador (apenas a partir dos 5 anos)

Leucograma – dosagem de eosinófilos no sangue periférico



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais
anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o
diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispneia,
sibilância ou tosse recorrente.

Para tratamento com omalizumabe: O uso do omalizumabe está
restrito a pacientes com pelo menos 6 anos de idade, peso entre 20
e 150 kg e IgE total sérica entre 30-1.500 UI/mL e com asma alérgica
grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório em dose
alta associado a um beta-2 agonista de longa ação, de acordo com as
tabelas de dose.

Para tratamento com mepolizumabe: O uso do mepolizumabe está
restrito a pacientes adultos com asma eosinofílica grave refratária
ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com
contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300
células/mL.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, miocardiopatia hipertrófica, taquiarritmias, hipopotassemia, crise tireotóxica

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023

CID 10

J45.0 – Asma predominante alérgica

J45.8 – Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência em Pneumologia na Rede de Atenção à Saúde
no Estado do Ceará



MEDICAMENTOS

OMALIZUMABE 150 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clíni-
cos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma.
Cópia do exame de dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica
Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório
forçado (VEF1) e o pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-bron-
codilatador.
Cópia do exame de pesquisa de imunoglobulina E (IgE) alérgeno-específica
OU do teste cutâneo de leitura imediata
Cópia do hemograma completo (dosagem de eosinófilos) OU de exame de
escarro (dosagem de eosinófilos)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais
anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o
diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispneia,
sibilância ou tosse recorrente.

Para tratamento com omalizumabe: O uso do omalizumabe está
restrito a pacientes com pelo menos 6 anos de idade, peso entre 20
e 150 kg e IgE total sérica entre 30-1500 UI/mL e com asma alérgica
grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório em dose
alta associado a um beta-2 agonista de longa ação, de acordo com as
tabelas de dose.

Para tratamento com mepolizumabe: O uso do mepolizumabe está
restrito a pacientes adultos com asma eosinofílica grave refratária
ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com
contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300
células/mL.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, miocardiopatia hipertrófica, taquiarritmias, hipopotassemia, crise tireotóxica

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPOS 1 E 2

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 15 DE MAIO DE 2023

CID 10

G12.0 – Atrofia muscular espinal infantil tipo I (Werdnig-Hoffman)

G12.1 – Outras atrofias musculares espinais hereditárias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência definidos pelos respectivos gestores estaduais e informados ao Ministério da Saúde



MEDICAMENTOS

Nusinersena: solução injetável de 2,4 mg/mL.



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida

Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipos 1 e 2 (Apêndice 1 do PCDT)

Situação vacinal de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS
Avaliação da função motora utilizando para AME tipo I a Escala CHOP-IN-TEND e para AME tipo II a escala HFMSE.

Termo de ciência do paciente ou de seu responsável legal de que o medicamento será fornecido diretamente ao centro de referência definido.

Laudo médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas apresentados, bem como idade de início dos sintomas.

Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA) – teste de variação de número de cópias do SMN1 e SMN2



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico genético confirmado de AME 5q tipos 1 e 2. O paciente elegível para uso de nusinersena ou risdiplam deverá, ainda, ter diagnóstico confirmado de AME 5q tipo 1b/c ou 2, além de cumprir os critérios a seguir, de acordo com a sua situação:

Para pacientes com AME 5q do tipo 1:

–Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.

–Sintomáticos: crianças com diagnóstico genético confirmado de AME 5q, presença de até três cópias de SMN2 e início dos sintomas até o sexto mês de vida.

Para pacientes com AME 5q do tipo 2:

–Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.

–Sintomáticos: início dos sintomas entre 6 e 18 meses de vida, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2; □ até 12 anos de idade no início do tratamento, ou mais de 12 anos de idade no início do tratamento e preservada a capacidade de se sentar sem apoio e a função dos membros superiores. Adicionalmente, independentemente da manifestação de sintomas, o paciente deverá apresentar condições de nutrição e hidratação adequadas, com ou sem gastrostomia e estando com o calendário de vacinação em dia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos itens a seguir:

–Necessidade de ventilação mecânica invasiva permanente, entendida como 24 horas de ventilação/dia, continuamente, por ≥ 21 dias;

–sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com o subtipo 1a (ou 0); ou seja, manifestações clínicas presentes ao nascimento ou na primeira semana após o nascimento; OU

–sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com os subtipos 3 ou 4; ou seja, surgimento de manifestações clínicas após os 18 meses de idade; E

–hipersensibilidade às substâncias ativas ou excipientes das formulações que impeça o uso das alternativas medicamentosas disponibilizadas. Adicionalmente, para o tratamento com nusinersena, também devem ser observados os seguintes critérios de exclusão:

–Presença de contraturas graves ou de escoliose grave que, de acordo com o médico assistente, possam interferir na administração do medicamento, trazendo riscos para o paciente, evidenciados por radiografia ou outros exames de imagem;

–história de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano, presença de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado. Já para o tratamento com risdiplam, adicionalmente, serão excluídos pacientes com idade inferior a 16 dias de idade, uma vez que não foram estabelecidos estudos de segurança e eficácia para essa população.

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPOS 1 E 2

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 15 DE MAIO DE 2023

CID 10

G12.0 – Atrofia muscular espinhal infantil tipo I (Werdnig-Hoffman)
G12.1 – Outras atrofias musculares espinhais hereditárias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Centros de Referência definidos pelos respectivos gestores estaduais e informados ao Ministério da Saúde



MEDICAMENTOS

Risdiplam: pó para solução oral de 0,75 mg/mL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipos 1 e 2 (Apêndice 1 do PCDT);
Situação vacinal de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS;
Avaliação da função motora utilizando para AME tipo I a Escala CHOP-INTEND e para AME tipo II a escala HFMSE;
Laudo médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas apresentados, bem como idade de início dos sintomas;
Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA) – teste de variação de número de cópias do SMN1 e SMN2



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico genético confirmado de AME 5q tipos 1 e 2. O paciente elegível para uso de nusinersena ou risdiplam deverá, ainda, ter diagnóstico confirmado de AME 5q tipo 1b/c ou 2, além de cumprir os critérios a seguir, de acordo com a sua situação:

Para pacientes com AME 5q do tipo 1:

–Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.

–Sintomáticos: crianças com diagnóstico genético confirmado de AME 5q, presença de até três cópias de SMN2 e início dos sintomas até o sexto mês de vida.

Para pacientes com AME 5q do tipo 2:

–Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.

–Sintomáticos: início dos sintomas entre 6 e 18 meses de vida, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2; □ até 12 anos de idade no início do tratamento, ou mais de 12 anos de idade no início do tratamento e preservada a capacidade de se sentar sem apoio e a função dos membros superiores. Adicionalmente, independentemente da manifestação de sintomas, o paciente deverá apresentar condições de nutrição e hidratação adequadas, com ou sem gastrostomia e estando com o calendário de vacinação em dia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

–Necessidade de ventilação mecânica invasiva permanente, entendida como 24 horas de ventilação/dia, continuamente, por ≥ 21 dias; após o nascimento; OU
–Sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com o subtipo 1a (ou 0); ou seja, manifestações clínicas presentes ao nascimento ou na primeira semana após o nascimento; OU
–Sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com os subtipos 3 ou 4; ou seja, surgimento de manifestações clínicas após os 18 meses de idade; E
–Hipersensibilidade às substâncias ativas ou excipientes das formulações que impeça o uso das alternativas medicamentosas disponibilizadas. Adicionalmente, para o tratamento com nusinersena, também devem ser observados os seguintes critérios de exclusão:
–Presença de contraturas graves ou de escoliose grave que, de acordo com o médico assistente, possam interferir na administração do medicamento, trazendo riscos para o paciente, evidenciados por radiografia ou outros exames de imagem;
–História de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano, presença de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado. Já para o tratamento com risdiplam, adicionalmente, serão excluídos pacientes com idade inferior a 16 dias de idade, uma vez que não foram estabelecidos estudos de segurança e eficácia para essa população.

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 09 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

K74.3 - Cirrose biliar primária (Colangite destrutiva não-suprativa crônica)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com CBP devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia, para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

Ácido Ursodesoxicólico: comprimido de 50 mg



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de CBP, de acordo com o item 3 de diagnóstico, de ambos os sexos, que preencham pelo menos, 2 de 3 dos seguintes critérios diagnósticos:

- Elevação de enzimas colestáticas, especialmente da FA;

- Presença de AAM ou AAN (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa);

- Evidência histológica de colangite destrutiva não-suprativa.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Alergia a ácido ursodesoxicólico ou a qualquer um dos componentes da formulação;

- Úlcera péptica (gástrica ou duodenal) em fase ativa;

- Doença intestinal inflamatória e outras condições do intestino delgado, cólon e fígado, que possam interferir com a circulação entero-hepática dos sais biliares (ressecção ileal e estoma, colestase intra e extra-hepática, doença hepática grave);

- Cólicas biliares frequentes; Inflamação aguda da vesícula biliar ou trato biliar; Oclusão do trato biliar (occlusão do ducto biliar comum ou um ducto cístico);

- Contratilidade comprometida da vesícula biliar; Cálculos biliares calcificados radiopacos;

- Pacientes com intolerância a galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de glicose galactose.

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 09 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

K74.3 – Cirrose biliar primária (Colangite destrutiva não-suprativa crônica)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com CBP devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia, para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

Ácido Ursodesoxicólico: comprimido de 300 mg



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de CBP, de acordo com o item 3 de diagnóstico, de ambos os sexos, que preencham pelo menos, 2 de 3 dos seguintes critérios diagnósticos:

- Elevação de enzimas colestáticas, especialmente da FA;

- Presença de AAM ou AAN (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa);

- Evidência histológica de colangite destrutiva não-suprativa.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Alergia a ácido ursodesoxicólico ou a qualquer um dos componentes da formulação;

- Úlcera péptica (gástrica ou duodenal) em fase ativa;

- Doença intestinal inflamatória e outras condições do intestino delgado, cólon e fígado, que possam interferir com a circulação entero-hepática dos sais biliares (ressecção ileal e estoma, colestase intra e extra-hepática, doença hepática grave);

- Cólicas biliares frequentes; Inflamação aguda da vesícula biliar ou trato biliar; Oclusão do trato biliar (occlusão do ducto biliar comum ou um ducto cístico);

- Contratilidade comprometida da vesícula biliar; Cálculos biliares calcificados radiopacos;

- Pacientes com intolerância a galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de glicose galactose.

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

PORTARIA CONJUNTA Nº 7, de 12 de ABRIL de 2022

CID 10

F84.0 – Autismo infantil
F84.1 – Autismo atípico
F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância

F84.5 – Síndrome de Asperger
F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

Risperidona: solução oral de 1 mg/mL (para doses que exigem frações de 0,5 mg);

Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente; dos tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente e; da história do paciente e de sua família sobre a obesidade, diabetes melito, dislipidemia, hipertensão arterial e doença cardiovascular, bem como a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia ou discinesia, tentativa ou risco de suicídio e outras comorbidades.
Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
Cópia da avaliação da pressão arterial (resultado de três aferições em datas diferentes)
Cópia do resultado da glicemia em jejum
Cópia do resultado do lipidograma (dosagens de colesterol total e frações, triglicérides)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de TEA e com comportamento agressivo grave dirigido a si ou a terceiros, com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo.

Além disso, serão excluídos menores de 5 anos ou mulheres que estejam amamentando.

DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 13 – 04/05/2018

CID 10

E88.9 – Distúrbio metabólico não especificado

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O aconselhamento genético e o atendimento dos casos devem ser realizados conforme o estabelecido pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde.



MEDICAMENTOS

BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do laudo contendo a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

Cópia do exame de dosagem de biotinidase no plasma ou em papel-filtro (teste do pezinho)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes com diagnóstico de Deficiência de Biotinidase (DB) confirmado por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase (teste laboratorial) e com atividade residual inferior a 30% da atividade normal, isto é, DB leve ou grave. Pacientes com resultados da triagem neonatal alterados serão classificados como suspeitos e deverão ser incluídos neste Protocolo (entrar em tratamento) até a confirmação ou não do diagnóstico, o qual será estabelecido a partir da determinação quantitativa da atividade sérica de biotinidase, conforme já descrito



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo todos os pacientes com hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula

DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO

PORTARIA CONJUNTA Nº 28, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2018

CID 10

E23.0 - Hipopituitarismo

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou pediatras, cuja avaliação periódica deve ser condição para a continuidade da dispensação do medicamento.



MEDICAMENTOS

SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 16 UI SOL INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de Deficiência do Hormônio Hipopituitarismo (DGH)



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem qualquer uma das seguintes condições:

- doença neoplásica maligna ativa;
- doença aguda grave (com mais de 1 mês de evolução e que repercute nas funções vitais do indivíduo); - hipertensão intracraniana benigna;
- retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa;
- intolerância ao uso do medicamento;
- outras causas de baixa estatura para crianças; - adolescentes com displasias esqueléticas, síndrome de Turner (em meninas) e doenças crônicas.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA: COMPRIMIDOS DE 50 MG
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de polimiosite primária idiopática ou dermatomiosite primária idiopática



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;
- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;
- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de contagem de Plaquetas
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
Cópia do exame de Hemograma completo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de PM ou DM



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;
- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;
- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.



MEDICAMENTOS

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP
HIDROXICLOROQUINA 200 MG COMPRIMIDO



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia de laudo oftalmológico



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de PM ou DM



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;
- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;
- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de PM ou DM



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;
- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;
- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

CID 10

M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de PM ou DM



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;
- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;
- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DIABETES INSÍPIDO

PORTARIA CONJUNTA Nº 02, DE 10 DE JANEIRO DE 2018

CID 10

E23.2 – Diabetes insípido

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com diabetes insípido devem ser atendidos em serviços especializados com endocrinologista ou nefrologista, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML
DESMOPRESSINA 0,1 MG COMP
DESMOPRESSINA 0,2 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do exame de Osmolaridade urinária antes da administração da desmopressina



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Independentemente da presença ou não de tumor, o tratamento do Diabetes Insípido DI está indicado para os casos diagnosticados.

Pacientes com DI gestacional que atendam aos critérios de inclusão deverão receber tratamento ao longo da gestação até a normalização do quadro



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou intolerância à desmopressina

DIABETES MELITO TIPO 1

PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

E10.0 – Diabete melito insulino-dependente – com coma
E10.1 – Diabete melito insulino-dependente – com cetoacidose
E10.2 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações renais
E10.3 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações oftálmicas
E10.4 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações neurológicas

E10.5 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações circulatórias periféricas
E10.6 – Diabete melito insulino-dependente – com outras complicações especificadas
E10.7 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações múltiplas
E10.8 – Diabete melito insulino-dependente – com complicações não especificadas
E10.9 – Diabete melito insulino-dependente – sem complicações



ESPECIALISTA

Os pacientes com Diabetes Melito Tipo 1 (DM1) devem manter acompanhamento por toda vida, visto que a doença é crônica e o tratamento será permanente. Este deve ser feito com avaliação clínica e laboratorial, pelo menos duas vezes ao ano, sempre que possível com médico especialista (endocrinologista), e as complicações crônicas devem ser rastreadas anualmente



MEDICAMENTOS

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE APLICAÇÃO REUTILIZÁVEL 3 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica com o nome da tecnologia e diagnóstico de diabetes melito tipo 1 (CID-10 E10.0 a E10.9)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de DM1 conforme critérios estabelecidos



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios: apresentados abaixo:

Pacientes com diabetes melito tipo 2;

Pacientes que não atenderem os critérios de inclusão;

Pacientes com hipersensibilidade à insulina;

Pacientes fora a faixa de idade preconizada em bula;

Para tratamento com análogo de insulina de ação rápida ou prolongada: pacientes que não atenderem aos critérios de manutenção do tratamento.

DIABETES MELITO TIPO 2

PORTARIA SECTICS/MS Nº 7, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2024

CID 10

E11.2 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações renais
E11.3 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações oftálmicas
E11.4 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
E11.5 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas

E11.6 - Diabetes melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
E11.7 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
E11.8 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
E11.9 - Diabetes melito não insulino-dependente sem complicações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO
Farmácias do CEAF
indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento do paciente com Diabetes Melito tipo 2 (DM2) deve ser multidisciplinar, incluindo promoção da saúde, controle de comorbidades e imunizações



MEDICAMENTOS

DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO



EXAMES E DOCUMENTOS

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), Sim Sim adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de GH após sobrecarga de glicose

Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum

Cópia do exame de dosagem de Glicose (sem necessidade de jejum)

Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina glicada



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos nesse PCDT todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico confirmado de DM2, com ou sem complicações microvasculares ou macrovasculares.

Para a realização do rastreamento e confirmação diagnóstica, devem ser incluídos os indivíduos que apresentarem os respectivos critérios de rastreamento e diagnóstico.

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com dapagliflozina requer-se o diagnóstico de DM2, com necessidade de segunda intensificação de tratamento e um dos seguintes critérios:

Ter 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), ou;

Ter 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres) e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.

NOTA: Gestantes com DM2 pré-gestacional também são contempladas por este Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que inicialmente foram rastreados para DM2, mas que não obtiveram confirmação diagnóstica, devem ser excluídos do tratamento e monitoramento previstos neste Protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos desse Protocolo pacientes com DM2 em cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar, uma vez que o manejo destes pacientes deve ser conduzido de acordo com protocolos de urgência. Pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações a qualquer procedimento preconizado por este Protocolo, estão excluídos do uso do respectivo medicamento ou procedimento.

NOTA: Pacientes com DM gestacional não estão incluídas neste Protocolo.

DISLIPIDEMIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 8, de 30 de julho de 2019

LOCAL DE DISPENSÇÃO

Farmácias do CEAF
indicadas pelo município

CID 10

E78.0 – Hipercolesterolemia pura
E78.1 – Hipertrigliceridemia pura
E78.2 – Hiperlipidemia mista
E78.3 – Hiperquilomicronemia

E78.4 – Outras hiperlipidemias
E78.5 – Hiperlipidemia não especificada
E78.6 – Deficiências de lipoproteínas
E78.8 – Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ATORVASTATINA 10 MG COMP
ATORVASTATINA 20 MG COMP
ATORVASTATINA 40 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito; ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; iii) evidência clínica de doença aterosclerótica; iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar – OMS, 1999)
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Triglicerídios
Cópia do exame de dosagem de TSH



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) diabetes melito em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com idade superior a 50 anos, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres);
- b) moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos;
- c) evidência clínica de doença aterosclerótica (conforme critérios do protocolo)



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem uma das seguintes condições:

- a) hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mUI/mL);
- b) gestantes ou mulheres em idade fértil que não estejam utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não adotem meio de contracepção definitiva;
- c) doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das aminotransferases/transaminases mais de 3 vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento do tempo de protrombina); ou
- d) hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da sua fórmula.

DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 29 DE MAIO DE 2017

CID 10

G24.3 - Torcicolo espasmódico
G24.4 - Distonia orofacial idiopática
G24.5 - Blefaroespasma

G24.8 - Outras distonias
G51.3 - Espasmo hemifacial clônico
G51.8 - Outros transtornos do nervo facial

LOCAL DE DISPENSÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com distonias e espasmo hemifacial sejam feitos em serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de Toxina Botulínica (TBA), contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.



MEDICAMENTOS

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem uma das formas abaixo, de acordo com os critérios diagnósticos do Protocolo:

- Distonias focais;
- Blefaroespasma;
- distonia oromandibular;
- distonia laríngea;
- distonia cervical;
- distonia de membro;
- distonias segmentares; ou
- espasmo hemifacial



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- Gravidez;
- amamentação;
- hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes;
- doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave);
- uso concomitante de potencializador do bloqueio neuromuscular, como aminoglicosídeo;
- presença provável de anticorpos contra a TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em paciente com melhora inicial; ou
- perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea

DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2
N18.3 – DRC estágio 3
N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 – DRC estágio 5
N25.0 – Osteodistrofia Renal



ESPECIALISTA

Doentes de DMO-DRC devem ser atendidos em serviços especializados em nefrologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CALCITRIOL: CÁPSULA DE 0,25 MCG.



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o tratamento da hiperfosfatemia com quelantes não à base de cálcio (cloridrato de sevelamer), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Adultos

- DRC em fase não dialítica com níveis de fósforo acima de 4,5 mg/dL;
- DRC em fase dialítica com níveis de fósforo acima de 5,5 mg/dL; ou
- Pacientes com contraindicação ao uso de quelantes a base de cálcio.

Crianças e adolescentes

- DRC estágios 2 a 4 não dialítica com níveis de fósforo acima dos limites normais para a faixa etária e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal com ou sem uso de quelantes à base de cálcio; ou
 - DRC estágios 5 não dialítica ou em diálise com níveis de fósforo acima de 6,0 mg/dL (1 a 12 anos) e acima de 5,5 mg/dL (12 a 18 anos) e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal, com ou sem uso de quelantes à base de cálcio.
- Além de pelo menos um dos critérios acima, os pacientes devem estar em acompanhamento com nutricionista.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D. Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do uso do referido medicamento os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Para o calcitriol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).
- Para o paricalcitol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.
- Para o cinacalcete: hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.
- Para a desferroxamina: concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2
N18.3 – DRC estágio 3
N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 – DRC estágio 5
N25.0 – Osteodistrofia Renal



ESPECIALISTA

Doentes de DMO-DRC devem ser atendidos em serviços especializados em nefrologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CINACALCETE: COMPRIMIDO REVESTIDO DE 30 MG E 60 MG



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o tratamento da hiperfosfatemia com quelantes não à base de cálcio (cloridrato de sevelamer), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Adultos

- DRC em fase não dialítica com níveis de fósforo acima de 4,5 mg/dL;
- DRC em fase dialítica com níveis de fósforo acima de 5,5 mg/dL; ou
- Pacientes com contraindicação ao uso de quelantes à base de cálcio.

Crianças e adolescentes

- DRC estágios 2 a 4 não dialítica com níveis de fósforo acima dos limites normais para a faixa etária e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal com ou sem uso de quelantes à base de cálcio; ou
 - DRC estágios 5 não dialítica ou em diálise com níveis de fósforo acima de 6,0 mg/dL (1 a 12 anos) e acima de 5,5 mg/dL (12 a 18 anos) e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal, com ou sem uso de quelantes à base de cálcio.
- Além de pelo menos um dos critérios acima, os pacientes devem estar em acompanhamento com nutricionista.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D. Também serão excluídos pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do uso do referido medicamento os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Para o calcitriol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).
- Para o paricalcitol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.
- Para o cinacalcete: hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.
- Para a desferroxamina: concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.3 – DRC estágio 3

N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 – DRC estágio 5

N25.0 – Osteodistrofia Renal



ESPECIALISTA

Doentes de DMO-DRC devem ser atendidos em serviços especializados em nefrologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CLORIDRATO DE SEVELAMER: COMPRIMIDO REVESTIDO DE 800 MG.



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o tratamento da hiperfosfatemia com quelantes não à base de cálcio (cloridrato de sevelamer), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Adultos

- DRC em fase não dialítica com níveis de fósforo acima de 4,5 mg/dL;
- DRC em fase dialítica com níveis de fósforo acima de 5,5 mg/dL; ou
- Pacientes com contraindicação ao uso de quelantes a base de cálcio.

Crianças e adolescentes

- DRC estágios 2 a 4 não dialítica com níveis de fósforo acima dos limites normais para a faixa etária e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal com ou sem uso de quelantes à base de cálcio; ou
 - DRC estágios 5 não dialítica ou em diálise com níveis de fósforo acima de 6,0 mg/dL (1 a 12 anos) e acima de 5,5 mg/dL (12 a 18 anos) e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal, com ou sem uso de quelantes à base de cálcio.
- Além de pelo menos um dos critérios acima, os pacientes devem estar em acompanhamento com nutricionista.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D. Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do uso do referido medicamento os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Para o calcitriol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).
- Para o paricalcitol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.
- Para o cinacalcete: hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.
- Para a desferroxamina: concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.3 – DRC estágio 3

N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 – DRC estágio 5

N25.0 – Osteodistrofia Renal



ESPECIALISTA

Doentes de DMO-DRC devem ser atendidos em serviços especializados em nefrologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

Desferroxicina : frasco-ampola contendo 500 mg de pó liofilizado para solução injetável.



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o tratamento da hiperfosfatemia com quelantes não à base de cálcio (cloridrato de sevelamer), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Adultos

- DRC em fase não dialítica com níveis de fósforo acima de 4,5 mg/dL;
- DRC em fase dialítica com níveis de fósforo acima de 5,5 mg/dL; ou
- Pacientes com contraindicação ao uso de quelantes à base de cálcio.

Crianças e adolescentes

- DRC estágios 2 a 4 não dialítica com níveis de fósforo acima dos limites normais para a faixa etária e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal com ou sem uso de quelantes à base de cálcio; ou
 - DRC estágios 5 não dialítica ou em diálise com níveis de fósforo acima de 6,0 mg/dL (1 a 12 anos) e acima de 5,5 mg/dL (12 a 18 anos) e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal, com ou sem uso de quelantes à base de cálcio.
- Além de pelo menos um dos critérios acima, os pacientes devem estar em acompanhamento com nutricionista.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D. Também serão excluídos pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do uso do referido medicamento os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Para o calcitriol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).
- Para o paricalcitol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.
- Para o cinacalcet: hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.
- Para a desferroxicina: concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022

CID 10

N18.0 – DRC em estágio final
N18.2 – DRC estágio 2
N18.3 – DRC estágio 3

N18.4 – DRC estágio 4
N18.5 – DRC estágio 5
N25.0 – Osteodistrofia Renal

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de DMO-DRC devem ser atendidos em serviços especializados em nefrologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

PARICALCITOL: AMPOLA DE 5 MCG/ML CONTENDO 1 ML DE SOLUÇÃO



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o tratamento do HPTS, o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso: Para o medicamento calcitriol:

- Crianças com DRC estágios 2 a 5D com níveis séricos de PTH acima do limite superior da normalidade;
- Adultos portadores de DRC estágio 3A a 5 com níveis séricos de PTH acima dos valores da normalidade;
- Pacientes com síndrome da fome óssea após realização de paratireoidectomia;
- Pacientes em diálise peritoneal com níveis séricos de PTH acima de 300 pg/mL.

Para o medicamento paricalcitol:

- Pacientes adultos com DRC 5D com níveis séricos de PTH igual ou acima de 300 pg/mL e com normo- ou hipocalcemia.

Para o medicamento cinacalcete:

- Pacientes adultos com DRC em diálise há pelo menos 3 meses, com níveis séricos de PTH igual ou acima de 300 pg/mL e na ausência de hipocalcemia;
- Pacientes adultos transplantados renais com níveis séricos de PTH igual ou acima de 120 pg/mL;
- Pacientes adultos transplantados renais com hipercalcemia.

Para o diagnóstico ou tratamento da intoxicação por alumínio com desferroxamina (DFO), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

- Para realização de teste para diagnóstico de excesso de alumínio: pacientes que apresentam dosagem sérica não estimulada de alumínio elevada (60 a 200 mcg/L) ou sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio. Deve também ser realizada previamente à paratireoidectomia, quando o paciente tem história de exposição ao alumínio;

- Para realização de tratamento da intoxicação aluminica: pacientes elegíveis para o tratamento com DFO são aqueles com diagnóstico de intoxicação aluminica, detectada por depósito de alumínio em biópsia óssea, independentemente do tipo histológico da doença óssea. Além disso, os pacientes sintomáticos com diagnóstico de intoxicação por alumínio após teste positivo com DFO são elegíveis para esse tratamento.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D. Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do uso do referido medicamento os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Para o calcitriol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).
- Para o paricalcitol: hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.
- Para o cinacalcete: hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.
- Para a desferroxamina: concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade). Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

DOENÇA DE ALZHEIMER

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017.

CID 10

G30.0 – Doença de Alzheimer de início precoce
G30.1 – Doença de Alzheimer de início tardio
G30.8 – Outras formas de doença de Alzheimer

F00.0 – Demência na doença de Alzheimer de início precoce
F00.1 – Demência na doença de Alzheimer de início tardio
F00.2 – Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Para o diagnóstico da Doença de Alzheimer (DA), os pacientes com suspeita de DA devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria ou psiquiatria, ou para atendimento por médico com treinamento na avaliação de quadros demenciais



MEDICAMENTOS

DONEPEZILA 10 MG COMP
DONEPEZILA 5 MG COMP
GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL
GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL
GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL
RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP
RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO
RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML
RIVASTIGMINA 3 MG CAP
RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP
RIVASTIGMINA 6 MG CAP
RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO
MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do Mini-Exame do Estado Mental
Cópia da Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR)
Cópia do relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos prescritos com suas respectivas posologias
Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico
Cópia do exame de dosagem de TSH
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame de sorologia para LUES (VDRL)
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do encéfalo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preenchem os critérios listados no Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições listadas no Protocolo

DOENÇA DE CROHN

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

CID 10

K50.0 – Doença de Crohn do intestino delgado
K50.1 – Doença de Crohn do intestino grosso
K50.8 – Outra forma de doença de Crohn

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se um serviço especializado multidisciplinar com a presença de médico gastroenterologista ou proctologista, para avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes e administração de infliximabe, certolizumabe pegol ou de adalimumabe



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
CERTOLIZUMABE PEGOL: SERINGA PRÉ-PREENCHIDA COM 200 MG
INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw;
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico);
Cópia do laudo de Rx de tórax;
Cópia do teste de Mantoux.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscópico, radiológico (radiografia de trânsito do delgado, Tomografia Computadorizada enteral ou Ressonância Magnética enteral), cirúrgico ou anátomo-patológico.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

DOENÇA DE CROHN

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

CID 10

K50.0 – Doença de Crohn do intestino delgado
K50.1 – Doença de Crohn do intestino grosso
K50.8 – Outra forma de doença de Crohn

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se um serviço especializado multidisciplinar com a presença de médico gastroenterologista ou proctologista, para avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes e administração de infliximabe, certolizumabe pegol ou de adalimumabe



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
MESALAZINA 400 MG COMP
MESALAZINA 500 MG COMP
MESALAZINA 800 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML
SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw;
Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscópico, radiológico (radiografia de trânsito do delgado, Tomografia Computadorizada enteral ou Ressonância Magnética enteral), cirúrgico ou anátomo-patológico.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

DOENÇA DE FABRY

PORTARIA CONJUNTA Nº 20, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2021.

CID 10

E75.2 – Outras esfingolipidoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o Centro de Referência disponha de equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologistas, entre outros profissionais da área da saúde.



MEDICAMENTOS

ALFA-ALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
MIGLUSTATE 100 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Fabry, bem como o tipo da doença



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nestas Diretrizes pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de DF, de acordo com os seguintes critérios:

- Sexo masculino:
 - (a) atividade da enzima α GAL-A inferior a 3% dos valores normais ou
 - (b) análise do DNA que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima α GAL-A.
- Sexo feminino:
 - (a) análise do DNA que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima α GAL-A ou
 - (b) situação de heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da α GAL-A confirmada por história familiar (por exemplo: paciente que apresente filho e irmão, ambos do sexo masculino, com diagnóstico confirmado de DF) ou
 - (c) ao menos uma das seguintes alterações bioquímicas sugestivas de DF:
 - aumento na excreção urinária de GL-3 ou evidência histológica de acúmulo de GL-3, associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF a seguir, angioqueratoma (confirmado por biópsia) ou córnea verticilata.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos aqueles pacientes com diagnóstico confirmado de outras esfingolipidoses.
Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação para o uso dos medicamentos preconizados nestas Diretrizes.

DOENÇA DE GAUCHER

PORTARIA CONJUNTA Nº 4, DE 22 DE JUNHO DE 2017

CID 10

E75.2 – Outras esfingolipidoses – Doença de Gaucher

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o Centro de Referência disponha de equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologistas, entre outros profissionais da área da saúde.



MEDICAMENTOS

ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
MIGLUSTATE 100 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo para tratamento com Terapia de Reposição Enzimática (TRE) os pacientes que apresentarem todos os critérios maiores e pelo menos um dos critérios menores relacionados no referido PCDT.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo para tratamento com alfataliglicerase os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições:

- a) DG tipo 2;
- b) DG assintomática;
- c) DG oligossintomática, ou seja, pacientes que não apresentem quaisquer dos critérios menores (sub-item 5.1);
- d) Reação de hipersensibilidade conhecida a alfataliglicerase ou a qualquer um de seus excipientes; OU
- e) Idade inferior a 4 anos.

DOENÇA DE PAGET

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, de 17 de JANEIRO DE 2020

CID 10

M88.0 – Doença de Paget do crânio
M88.8 – Doença de Paget de outros ossos

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY
RISEDRONATO 35 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia da dosagem de Cálcio sérico
Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH)
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
Cópia do laudo Radiológico



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico radiológico de Doença de Paget Óssea (DPO) e pelo menos um dos seguintes critérios:

- Fosfatase alcalina no soro acima do valor de referência;
- Hipercalemia com PTH normal/baixo;
- Dor óssea em área acometida;
- Síndrome neurológica ou vascular decorrente de compressão por tecido ósseo acometido;
- Acometimento de ossos longos em membros inferiores, da base do crânio e de vértebras, comprovado por exame de imagem;
- Fratura óssea em tecido acometido; ou
- Plano de intervenção cirúrgica em tecido ósseo acometido.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem um dos seguintes critérios:

- Aumento do cálcio sérico (hipercalcemia) e PTH acima do limite superior do valor de referência dos métodos; ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizado no Protocolo

DOENÇA DE PAGET

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, de 17 de JANEIRO DE 2020

CID 10

M88.0 – Doença de Paget do crânio.
M88.8 – Doença de Paget de outros ossos.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05 mg/mL SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 mL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia da dosagem de Cálcio sérico
Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH)
Cópia do laudo Radiológico
Relato médico com contraindicação aos bifosfonados orais em função de dismotilidade esofágica ou impossibilidade de manter-se ortostase após ingestão dos comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico radiológico de Doença de Paget Óssea (DPO) e pelo menos um dos seguintes critérios:

- Fosfatase alcalina no soro acima do valor de referência;
- Hipercalcemia com PTH normal/baixo;
- Dor óssea em área acometida;
- Síndrome neurológica ou vascular decorrente de compressão por tecido ósseo acometido;
- Acometimento de ossos longos em membros inferiores, da base do crânio e de vértebras, comprovado por exame de imagem;
- Fratura óssea em tecido acometido; ou
- Plano de intervenção cirúrgica em tecido ósseo acometido.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem um dos seguintes critérios:

- Aumento do cálcio sérico (hipercalcemia) e PTH acima do limite superior do valor de referência dos métodos; ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizado no Protocolo

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 31 DE OUTUBRO DE 2017

CID 10

G20 – Doença de Parkinson

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com DP que não obtiveram um controle adequado das complicações motoras (flutuações ou discinesias) devem ser encaminhados para centros de referência com vistas a uma reavaliação terapêutica e possibilidade de intervenção cirúrgica (implante de estimulador cerebral profundo).



MEDICAMENTOS

AMANTADINA 100 mg COMP
CLOZAPINA 25 mg COMP
CLOZAPINA 100 mg COMP
ENTACAPONA 200 mg COMP
PRAMIPEXOL 0,125 mg COMP
PRAMIPEXOL 0,25 mg COMP
PRAMIPEXOL 1 mg COMP
RASAGILINA 1 mg COMP
TRIXIFENIDIL 5 mg COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem os critérios para o diagnóstico clínico da DP segundo o Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido.

Com base nesses critérios, o paciente terá diagnóstico de DP se apresentar lentidão dos movimentos (bradicinesia), um critério necessário e pelo menos três critérios de suporte positivos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem contraindicação ou intolerância aos medicamentos propostos.

DOENÇA DE POMPE (DP)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 03 DE AGOSTO DE 2020

CID 10

E74.0 – Doença de depósito de glicogênio

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento da DP deve ser feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias. Como o controle da doença exige experiência e familiaridade com manifestações clínicas associadas, convém que o médico responsável tenha experiência e seja devidamente qualificado.

Para a administração de medicamentos biológicos intravenosos, é essencial o atendimento centralizado, para maior racionalidade do seu uso e avaliação da sua efetividade. A infusão deve ser feita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Infusões domiciliares podem ser consideradas após seis meses de tratamento sem verificação de intercorrências.



MEDICAMENTOS

ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
Cópia do exame de atividade da alfa glicosidase ácida OU cópia do exame de análise do gene GAA.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com DP precoce (grupos A e B) ou tardia (grupos C e D) que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 (Suspeita Clínica), E confirmação do diagnóstico de acordo com um dos critérios abaixo relacionados:

– Atividade da enzima alfa glicosidase ácida <10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais; OU

– Presença de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA

Poderão fazer uso de alfa-alglicosidase todos os indivíduos com diagnóstico de DP (conforme item 3) do tipo precoce (início dos sintomas até 12 meses de idade).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes sem o diagnóstico confirmatório de DP.

Serão excluídos do tratamento específico com alfa-alglicosidase os pacientes que se apresentarem nas seguintes situações:

– Apresentarem a forma DP tardia; Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente inferior a 6 meses, como resultado da DP ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista e atestada por laudo médico;

– Idade acima de 18 anos e que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com alfa-alglicosidase, recusarem-se a serem tratados;

– Histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em ação educativa específica para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após essa intervenção, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

DOENÇA DE WILSON

PORTARIA CONJUNTA nº 09, DE 27 DE MARÇO DE 2018

CID 10

E83.0 – Distúrbios do metabolismo do cobre

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com doença de Wilson devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.



MEDICAMENTOS

PENICILAMINA 250 mg CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada se paciente possui sintomas psiquiátricos e mutações cromossômicas típicas da doença de Wilson



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com características que perfaçam quatro ou mais pontos da Tabela 1 (Score para diagnóstico de doença de Wilson) presente no referido PCDT.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem contraindicação ou hipersensibilidade aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA DE WILSON

PORTARIA CONJUNTA nº 09, DE 27 DE MARÇO DE 2018

CID 10

E83.0 – Distúrbios do metabolismo do cobre

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com doença de Wilson devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.



MEDICAMENTOS

TRIENTINA 250 mg CAPS



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada se paciente possui sintomas psiquiátricos e mutações cromossômicas típicas da doença de Wilson e uso de terapias prévias



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com características que perfaçam quatro ou mais pontos da Tabela 1 (Escore para diagnóstico de doença de Wilson) presente no referido PCDT.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem contraindicação ou hipersensibilidade aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA FALCIFORME

PORTARIA CONJUNTA Nº 05, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2018.

CID 10

D57.0 – Anemia falciforme com crise
D57.1 – Anemia falciforme sem crise
D57.2 – Transtornos falciformes heterozigóticos duploss.

NOTA: A Talassemia Beta (D56.1) e Outras talassemias (D56.8) incluem-se nos transtornos heterozigóticos duplos.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

As pessoas de qualquer idade com diagnóstico de Doença Falciforme (DF) devem ser acompanhadas no centro de referência para DF, que deve contar com médico hematologista, bem como disponibilizar, preferentemente no próprio centro, acesso a radiologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, urologia e gineco-obstetrícia



MEDICAMENTOS

HIDROXIURÉIA 500 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crítérios de inclusão para uso de Hidroxiuréia:
Os pacientes deverão preencher todos os critérios a seguir:
–Eletroforese de hemoglobina compatível com o diagnóstico de DF: Hb SS, SC, SD ou SBetaTal, conforme o item 3. Diagnóstico;
–Idade igual ou maior que 2 anos (ou a partir de 9 meses conforme item 6. Casos especiais);
–Possibilidade de comparecer às reavaliações periódicas;
–Beta-HCG sérico negativo para mulheres em idade reprodutiva; e
–Ter apresentado pelo menos uma das complicações abaixo nos últimos 12 meses:
Três ou mais episódios de crises vasclusivas com necessidade de atendimento médico;
Dois episódios de síndrome torácica aguda (definida como dor torácica aguda com infiltrado pulmonar novo, febre de 37,5 °C ou superior, taquipneia, sibilos pulmonares ou tosse);
Um episódio de priapismo grave ou priapismo recorrente;
Necrose isquêmica óssea;
Insuficiência renal;
Proteinúria de 24 h maior ou igual a 1 g;
Anemia grave e persistente (Hb menor que 6 g/dL em três dosagens no período de 3 meses);
Desidrogenase láctica (DHL) elevada duas vezes acima do limite superior nas crianças ou adolescentes e acima de três vezes do limite superior no adulto;
Alterações no eco-Doppler transcraniano acima de 160 e até 200 cm/s;
Retinopatia proliferativa; ou Quaisquer outras situações em que haja comprovação de lesão crônica de órgão(s).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que tenham intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos preconizados no Protocolo. Critérios de exclusão para uso de Hidroxiuréia (HU):

Também serão excluídos deste Protocolo os pacientes com indicação de uso de HU e que apresentarem qualquer uma das condições a seguir:

–Contagem de neutrófilos abaixo de 2.000/mm³;
–Hb abaixo de 4,5 g/dL;
–Reticulócitos abaixo de 80.000/mm³ (quando Hb menor que 8 g/dL);
–Contagem de plaquetas abaixo de 80.000/mm³ ou gestação.
Devido aos possíveis efeitos teratogênicos e carcinogênicos da HU, a terapia de crianças menores de 2 anos de idade devem ser criteriosamente analisadas, levando-se em consideração o risco de morbimortalidade da DF.
Nesses casos, pode-se prescrever a partir de 9 meses de idade, utilizando os mesmos critérios de inclusão acrescidos de pelo menos um dos seguintes fatores abaixo:

– Dactilite (no primeiro ano de vida);
– Concentração de Hb menor que 7 g/dL (média de 3 valores fora de evento agudo); ou
– Contagem de leucócitos maior que 20.000/mm³ (média de 3 valores fora de evento agudo).

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2021

CID 10

J44.0 – Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior;
J44.1 – Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada; e
J44.8 – Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes classificados a partir do estágio III devem ser acompanhados por pneumologista em serviço especializado.



MEDICAMENTOS

BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL
FUMARATO DE FORMOTEROL 12 MCG CAP INAL
FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 mcg CAP INAL OU 12 + 400 mcg CAP INAL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, se paciente é tabagista, estágio da DPOC (conforme Quadro B do PCDT), histórico clínico, o número de exacerbações moderadas a grave nos últimos 12 meses e doenças concomitantes

Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnósticos clínico e funcional de DPOC, definido pela presença de quadro clínico compatível (ver em 6. Diagnóstico no referido PCDT) e espirometria apontando distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo.

Os critérios de inclusão para o tratamento com a associação tiotrópio monodratado + cloridrato de olodaterol são para pessoas com DPOC grave ou muito grave (estágios 3 e 4), com alto risco (grupos C e D); além disso, a apresentação em névoa suave é indicada para pacientes que apresentem VEF1<50% e tenham dificuldade de uso do inalador de pó seco, o que reduz a efetividade de inalador de pó seco.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo, aqueles pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2021

CID 10

J44.0 – Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior;
J44.1 – Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada; e
J44.8 – Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes classificados a partir do estágio III devem ser acompanhados por pneumologista em serviço especializado.



MEDICAMENTOS

BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL 62,5 + 25 MCG PÓ INAL (FR DE 30 DOSES)
BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5 + 2,5 MCG SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintomas respiratórios, se paciente é tabagista, estágio da DPOC (conforme Quadro B do PCDT), histórico clínico, o número de exacerbações moderadas a grave nos últimos 12 meses e doenças concomitantes

Cópia do exame de Espirometria demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnósticos clínico e funcional de DPOC, definido pela presença de quadro clínico compatível (ver em 6. Diagnóstico no referido PCDT) e espirometria apontando distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo.

Os critérios de inclusão para o tratamento com a associação tiotrópio monodratado + cloridrato de olodaterol são para pessoas com DPOC grave ou muito grave (estágios 3 e 4), com alto risco (grupos C e D); além disso, a apresentação em névoa suave é indicada para pacientes que apresentem VEF1<50% e tenham dificuldade de uso do inalador de pó seco, o que reduz a efetividade de inalador de pó seco.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo, aqueles pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

DOR CRÔNICA

PORTARIA Nº 1083, DE 02 DE OUTUBRO DE 2012

CID 10

R52.1 – Dor crônica intratável
R52.2 – Outra dor crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com dor crônica devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos para seu adequado diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CODEÍNA 30 MG COMP
CODEÍNA 60 MG COMP
GABAPENTINA 400 MG CAP
METADONA 10 MG COMP
METADONA 5 MG
MORFINA 10 MG COMP
MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA
MORFINA 30 MG COMP
MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS), a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o grau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista e o score da escala visual analógica de dor (EVA)

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica).

Também devem ser apresentados os escores da escala de dor LANSS para definição do tipo.

Para uso de opioides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos, conforme escalonamento definido no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos nele preconizados.

ENDOMETRIOSE

PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016

CID 10

N80.0 – Endometriose do útero
N80.1 – Endometriose do ovário
N80.2 – Endometriose da trompa de Falópio

N80.3 – Endometriose do peritônio pélvico
N80.4 – Endometriose do septo retovaginal e da vagina
N80.5 – Endometriose do intestino
N80.8 – Outra endometriose

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com endometriose devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia, para seu adequado diagnóstico e inclusão neste Protocolo



MEDICAMENTOS

DANAZOL 200 MG CAP
GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC)
GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica dos sinais e sintomas e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes que apresentarem todos os critérios abaixo serão incluídas no Protocolo:

- Dor pélvica como manifestação clínica a ser tratada;
- Comprovação diagnóstica de endometriose por laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou com resultado anatomopatológico de biópsia peritoneal



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios abaixo serão excluídas deste Protocolo.

Para tratamento com danazol:

- Gestação
- Lactação
- Sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção hepática, renal ou cardíaca grave;
- Doença tromboembólica ativa ou histórico de trombose;
- Hipersensibilidade ao fármaco.

Para tratamento com análogos do GnRH:

- Gestação;
- Lactação;
- Sangramento genital de origem desconhecida;
- Hipersensibilidade ao fármaco
- Recomenda-se evitar o uso de danazol em doentes com porfiria (por causar exacerbações dessa doença);
- Deve ser evitado o uso de anticoncepcionais orais (ACOs) por mulher tabagista com mais de 35 anos de idade (maior risco de doença tromboembólica);

EPILEPSIA

PORTARIA CONJUNTA nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018.

CID 10

G40.0 – Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal
G40.1 – Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas
G40.2 – Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples
G40.3 – Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas
G40.4 – Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas
G40.5 – Síndromes epiléticas especiais
G40.6 – Crises de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)
G40.7 – Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal
G40.8 – Outras epilepsias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

De acordo com a complexidade dos casos, os atendimentos podem dar-se por: clínicos gerais, pediatras e médicos da família; neurologistas e neurologistas pediátricos; Epileptologistas, neurocirurgiões e equipe; Neurologista pediátrico, neurologista, pediatra, nutrólogo, nutricionista.

Os pacientes com epilepsia refratária devem ser atendidos por médicos especialistas em neurologia em hospitais terciários, habilitados na alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia



MEDICAMENTOS

CLOBAZAM 10 MG COMP
CLOBAZAM 20 MG COMP
ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML
GABAPENTINA 400 MG CAP
LAMOTRIGINA 100 MG COMP
LAMOTRIGINA 25 MG COMP
LAMOTRIGINA 50 MG COMP
LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML
LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO
LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO
TOPIRAMATO 100 MG COMP
TOPIRAMATO 25 MG COMP
TOPIRAMATO 50 MG COMP
VIGABATRINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epiléticas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico estabelecido de epilepsia, segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas, ou seja, os pacientes que tenham apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas; os que tenham apresentado uma crise e que tenham um risco de recorrência de crises acima de 60%, ou ainda pacientes que tenham um diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com diagnóstico duvidoso de epilepsia ou suspeita de eventos paroxísticos não epiléticos

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação são critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

PORTARIA CONJUNTA nº 13, DE 13 DE AGOSTO DE 2020

CID 10

G12.2 – Doença do neurônio motor

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

RILUZOL 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença, descrito por médico especialista em Neurologia;
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica;
Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem os critérios diagnósticos para ELA definitiva, ELA provável ou ELA provável com suporte laboratorial, avaliados por médico especialista em neurologia e com laudo médico detalhado.
Também serão incluídos os pacientes que apresentarem ELA suspeita pelos critérios de El Escorial revisados e se incluam entre os Casos Especiais (ver o item 6 no referido PCDT).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem uma das seguintes condições: ELA possível ou suspeita pelos critérios de El Escorial que não se enquadram nos Casos Especiais (vide item 6 no referido PCDT).

São contraindicações ao uso de Riluzol neste PCDT:

- Insuficiência renal ou hepática;
- Outra doença grave ou incapacitante, incurável ou potencialmente fatal;
- Outras formas de doenças do corno anterior medular;
- Demência, distúrbios visuais, autonômicos, esfinterianos;
- Gravidez ou amamentação;
- Ventilação assistida;
- Hipersensibilidade ao medicamento

ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

PORTARIA CONJUNTA nº 1, DE 07 DE JANEIRO DE 2022

CID 10

G35 – Esclerose Múltipla

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com esclerose múltipla devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento, e ser avaliados periodicamente quanto à eficácia do tratamento e desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica.

Possibilidade de encaminhamento de pacientes com EM para serviço especializado:

- Suspeita de esclerose múltipla, com necessidade de exames clínicos com especialista, exames de neuroimagem e diagnóstico diferencial;
 - Atividade da doença ou incidência de surto em pacientes já com tratamento clínico otimizado dentro da linha de tratamento preconizada;
 - Episódio de internação hospitalar devido a surto;
 - Sequela de surto; ou
- Cuidado de pacientes em uso de fingolimode com bradicardia.



MEDICAMENTOS

ALENTUZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 1,2 ML
AZATIOPRINA 50 MG COMP
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC)
BETAINTERFERONA 1ª 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC)
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC OU CAN PREENC)
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
FINGOLIMODE 0,5 MG CAP
FUMARATO DE DIMETILA 120 MG CÁPSULA
FUMARATO DE DIMETILA 240 MG CÁPSULA
GLATIRAMER 40 MG SOL INJ (SER PREENC)
NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP)
TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS (Expanded Disability Status Scale);
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total;
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamyl Transferase);
Cópia do exame de Hemograma completo;
Cópia do laudo de Ressonância nuclear magnética (RNM);



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de EM pelos critérios de McDonald revisados e adaptados, nas formas remittente-recorrente (EMRR) ou secundariamente progressiva (EMSP); com evidência de lesões desmielinizantes comprovadas por neuroimagem (ressonância magnética) e diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas.

Para o natalizumabe, devem-se observar os seguintes critérios de classificação da alta atividade da doença em pacientes com EMRR18: Incidência de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta e evidência de pelo menos uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior em pacientes não tratados; ou Atividade da doença no ano anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, na ausência de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou não adesão ao tratamento, apresentando pelo menos um surto no último ano durante o tratamento e evidência de pelo menos nove lesões hiperintensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio.

Para o alentuzumabe, além dos critérios de classificação da alta atividade da doença em pacientes com EMRR (indicados acima), deve-se observar a ocorrência prévia de falha terapêutica ou contraindicação especificado em bula ao uso do natalizumabe.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com:

Diagnóstico de EM na forma primariamente progressiva (EMPP);

Elevação basal das enzimas hepáticas e bilirrubina total acima do limite superior da normalidade (LSN): ALT/TGP e AST/TGO acima de 20 vezes o LSN, Gama GT acima de 10 vezes o LSN e icterícia ou bilirrubina total acima de 10 vezes o LSN;

Contagem de linfócitos no sangue periférico < 1.000/mm³; ou

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos:

Para o uso de fingolimode: Pacientes com bloqueio atrioventricular de segundo grau Mobitz tipo II ou maior, doença do nó sinusal ou bloqueio cardíaco sinoatrial, doença cardíaca isquêmica conhecida, histórico de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, histórico de parada cardíaca, doença cerebrovascular, hipertensão arterial não controlada, apneia do sono grave não tratada ou uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca.

Para o uso de natalizumabe: Pacientes com leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP), pacientes que apresentem maior risco de infecções oportunistas, como pacientes imunocomprometidos e pacientes com câncer.

Para o uso de alentuzumabe: Pacientes com hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV); infecção ativa grave até a resolução completa da infecção; hipertensão não controlada; história de dissecação de artéria cervicocéfálica; história de acidente vascular cerebral; história de angina de peito ou infarto do miocárdio; ou coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, de 10 de AGOSTO de 2022

CID 10

M34.0 – Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 – Síndrome CREST
M34.8 – Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Devido ao comprometimento de diferentes sistemas, pacientes com diagnóstico de ES devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar com a participação do reumatologista.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão;
Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO₂;
Cópia do exame de Hemograma completo;
Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, de 10 de AGOSTO de 2022

CID 10

M34.0 – Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 – Síndrome CREST
M34.8 – Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Devido ao comprometimento de diferentes sistemas, pacientes com diagnóstico de ES devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar com a participação do reumatologista.



MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão;
Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO₂;
Cópia do exame de Hemograma completo;
Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, de 10 de AGOSTO de 2022

CID 10

M34.0 – Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 – Síndrome CREST
M34.8 – Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Devido ao comprometimento de diferentes sistemas, pacientes com diagnóstico de ES devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar com a participação do reumatologista.



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia da dosagem de Uréia
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de anti-HIV
Cópia do exame de bilirrubinas
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do exame de Hemograma completo;
Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, de 10 de AGOSTO de 2022

CID 10

M34.0 – Esclerose sistêmica progressiva

M34.1 – Síndrome CREST

M34.8 – Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Devido ao comprometimento de diferentes sistemas, pacientes com diagnóstico de ES devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar com a participação do reumatologista.



MEDICAMENTOS

SILDENAFILA 25 MG COMP
SILDENAFILA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013;
Cópia do exame de bilirrubinas
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESPASTICIDADE

PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 22 DE MARÇO DE 2022

CID 10

G04.1- Paraplegia espástica tropical
G80.0-Paralisia cerebral espástica
G80.1 - Diplegia espástica
G80.2- Hemiplegia infantil
G81.1- Hemiplegia espástica
G82.1- Paraplegia espástica
G82.4-Tetraplegia espástica
I69.0 - Sequelas de hemorragia subaracnóidea

I69.1 - Sequelas de hemorragia intracerebral
I69.2 - Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas
I69.3 - Sequelas de infarto cerebral
I69.4 - Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com espasticidade devem ser realizados em serviços especializados



MEDICAMENTOS

TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
História clínica detalhada e relato de exame físico do paciente, incluindo avaliação de espasmos musculares, postura do tronco e membros, dor, fadiga, perda de atividade funcional, perda de função passiva.
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Descrição da Pontuação da Escala de Ashworth Modificada, estando indicados ao tratamento somente pacientes com grau 1, 1+, 2 ou 3 ou escala de Tardieu



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com espasticidade segmentar ou focal que apresentarem todas as condições abaixo:

- Um dos diagnósticos codificados no (CID-10);
- Grau 1, 1+, 2 ou 3 na EAM;
- Comprometimento funcional, dor ou risco de desenvolvimento de deformidades osteomusculoarticulares, devidamente informados por laudo médico; e
- Inserção em programa de reabilitação ou, no mínimo, realização de fisioterapia ou terapia ocupacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes espásticos que apresentarem pelo menos uma das situações abaixo listadas:

- Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- Uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada;
- Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado; - doenças da junção neuromuscular (por exemplo, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton etc);
- Desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- Infecção no local de aplicação;
- Gestação ou amamentação;
- Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos; ou
- Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilosa
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Espondilite Anquilosante (EA) devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preencham os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade. Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

–Para naproxeno e ibuprofeno:

sangramento gastrointestinal não controlado; úlcera gastroduodenal; elevação de aminotransferases (ALT e AST)/transaminases (TGP e TGO) igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade (LSN); taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica;

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilosa
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Espondilite Anquilosante (EA) devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML
SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO)
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade. Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

–Para Metotrexato: tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes-zoster ativa; hepatites B ou C agudas; elevação de aminotransferases (ALT e AST) /transaminases (TGP e TGO) igual ou três vezes superior o LSN; taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica; gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres);

–Para a Sulfassalazina (SSZ): Porfíria, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas; artrite reumatoide juvenil, forma sistêmica; elevação de aminotransferases (ALT e AST)/transaminases (TGP e TGO) igual ou 3 vezes acima do LSN; obstrução urinária ou intestinal, depressão da medula óssea; insuficiência renal moderada a grave (taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal);

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilosa
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Espondilite Anquilosante (EA) devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE 40 mg/mL SOL INJ
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 mg/mL SOL INJ (SER PREENC)
ETANERCEPTO 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPTO (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC)
SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
INFliximabe (Biossimilar A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade. Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

-Para adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe certolizumabe pegol ou secuquinumabe: tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes-zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante.

ESQUIZOFRENIA

PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013

CID 10

F20.0 – Esquizofrenia paranoide
F20.1 – Esquizofrenia hebefrênica
F20.2 – Esquizofrenia catatônica
F20.3 – Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 – Depressão pós-esquizofrênica
F20.5 – Esquizofrenia residual
F20.6 – Esquizofrenia simples
F20.8 – Outras esquizofrenias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 25 MG COMP
CLOZAPINA 100 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS;
Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma);
Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma);
Cópia do exame de contagem de Plaquetas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:

–diagnóstico de esquizofrenia; e
–presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação. No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

ESQUIZOFRENIA

PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013

CID 10

F20.0 – Esquizofrenia paranoide
F20.1 – Esquizofrenia hebefrênica
F20.2 – Esquizofrenia catatônica
F20.3 – Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 – Depressão pós-esquizofrênica
F20.5 – Esquizofrenia residual
F20.6 – Esquizofrenia simples
F20.8 – Outras esquizofrenias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.



MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 5 MG COMP
OLANZAPINA 10 MG COMP
QUETIAPINA 100 MG COMP
QUETIAPINA 200 MG COMP
QUETIAPINA 25 MG COMP
QUETIAPINA 300 MG COMP
RISPERIDONA 1 MG COMP
RISPERIDONA 2 MG COMP
RISPERIDONA 3 MG COMP
ZIPRASIDONA 40 MG CAP
ZIPRASIDONA 80 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:

–diagnóstico de esquizofrenia; e
–presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.
No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

FENILCETONÚRIA (FNC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 10 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica
E70.1 Outras hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase).

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com FNC identificados pela triagem neonatal, conforme definido pelo PNTN do Ministério da Saúde, deve ser realizado em centros de atendimento especializados – Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – incluindo, também, o aconselhamento genético.

O acompanhamento dos pacientes deve ser feito por equipe multidisciplinar com composição mínima de médico e nutricionista especializados, podendo agregar outros profissionais a depender da estrutura do serviço.

Os pacientes identificados tardiamente (em fase sintomática, e não pela triagem neonatal) também devem ser encaminhados com urgência para centros de referência, não obrigatoriamente para SRTN, a fim de que o tratamento seja iniciado na menor brevidade de tempo possível.



MEDICAMENTOS

COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO – FÓRMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO – FÓRMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina;

Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com hiperfenilalaninemia não-FNC, FNC Leve e FNC Clássica. Aqueles que apresentarem nível de fenilalanina entre 4 mg/dL e 8 mg/dL (hiperfenilalaninemia não FNC) serão acompanhados pelos serviços de referência para monitoramento semestral da fenilalanina até os 2 anos de idade. Posteriormente, a periodicidade do monitoramento é anual. No caso de indivíduos do sexo feminino, realiza-se também o teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina e orientação sobre prevenção da embriopatia por FNC materna.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIETA RESTRITA EM FENILALANINA Deverão fazer uso de dieta restrita em fenilalanina todos os pacientes com nível de fenilalanina maior ou igual a 10 mg/dL em dieta normal(1, 18) e todos os que apresentarem níveis de fenilalanina entre 8 mg/dL e 10 mg/dL persistentes (pelo menos em três dosagens consecutivas, semanais, em dieta normal).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA Poderão fazer uso do dicloridrato de sapropterina todos os indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, desde que em período periconcepcional (definido como os três primeiros meses que antecedem as primeiras tentativas de concepção) ou durante a gestação (independentemente da idade gestacional de início, haja vista a possibilidade de gestação não planejada), e que tenham sido consideradas responsivas de acordo com teste de responsividade preconizado por este Protocolo (item 8.4). O teste de responsividade pode ser realizado em todas as pacientes com FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, a partir da menarca e, preferencialmente, em período não-gestacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

Aumento de fenilalanina secundário à tirosinemia ou a dano hepático (caracterizado pelo aumento concomitante de fenilalanina e tirosina); Hiperfenilalaninemia transitória (caracterizada pela normalização espontânea, em vigência de dieta normal, dos níveis de fenilalanina durante os 6 primeiros meses de vida);

Hiperfenilalaninemia por defeito na síntese ou reciclagem tetrahydrobiopterina (BH4) ou por mutações em DNAJC12.

Em relação ao dicloridrato de sapropterina, estarão excluídos do seu uso os pacientes com FNC que apresentarem as seguintes características:

-Indivíduos do sexo masculino;

-Indivíduos do sexo feminino não responsivos no teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina;

-Indivíduos do sexo feminino que não estejam grávidas ou que não estejam em período periconcepcional.

A interrupção do tratamento com dicloridrato de sapropterina deverá ocorrer nos casos abaixo relacionados:

-Não adesão ao tratamento, aqui definida como o não seguimento da prescrição dietética por período superior a 30 dias, ou

-A não ingestão de pelo menos 80% da dose prescrita do medicamento, após terem sido tomadas as medidas educacionais cabíveis;

-Falha terapêutica, aqui definida como a ausência, em três meses de tratamento regular com dicloridrato de sapropterina, de pelo menos 50% de aumento da tolerância à fenilalanina, ou de diminuição dos níveis de fenilalanina em pelo menos 30% sem alteração na dieta; ocorrência de evento adverso grave relacionado ao medicamento.

FENILCETONÚRIA (FNC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 10 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica
E70.1 Outras hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase).

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com FNC identificados pela triagem neonatal, conforme definido pelo PNTN do Ministério da Saúde, deve ser realizado em centros de atendimento especializados – Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – incluindo, também, o aconselhamento genético.

O acompanhamento dos pacientes deve ser feito por equipe multidisciplinar com composição mínima de médico e nutricionista especializados, podendo agregar outros profissionais a depender da estrutura do serviço.

Os pacientes identificados tardiamente (em fase sintomática, e não pela triagem neonatal) também devem ser encaminhados com urgência para centros de referência, não obrigatoriamente para SRTN, a fim de que o tratamento seja iniciado na menor brevidade de tempo possível.



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina;

Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica.

Teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina



MEDICAMENTOS

DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG COMP



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com hiperfenilalaninemia não-FNC, FNC Leve e FNC Clássica. Aqueles que apresentarem nível de fenilalanina entre 4 mg/dL e 8 mg/dL (hiperfenilalaninemia não-FNC) serão acompanhados pelos serviços de referência para monitoramento semestral da fenilalanina até os 2 anos de idade. Posteriormente, a periodicidade do monitoramento é anual. No caso de indivíduos do sexo feminino, realiza-se também o teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina e orientação sobre prevenção da embriopatia por FNC materna.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIETA RESTRITA EM FENILALANINA Deverão fazer uso de dieta restrita em fenilalanina todos os pacientes com nível de fenilalanina maior ou igual a 10 mg/dL em dieta normal(1, 18) e todos os que apresentarem níveis de fenilalanina entre 8 mg/dL e 10 mg/dL persistentes (pelo menos em três dosagens consecutivas, semanais, em dieta normal).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA Poderão fazer uso do dicloridrato de sapropterina todos os indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, desde que em período periconcepcional (definido como os três primeiros meses que antecedem as primeiras tentativas de concepção) ou durante a gestação (independentemente da idade gestacional de início, haja vista a possibilidade de gestação não planejada), e que tenham sido consideradas responsivas de acordo com teste de responsividade preconizado por este Protocolo (item 8.4). O teste de responsividade pode ser realizado em todas as pacientes com FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, a partir da menarca e, preferencialmente, em período não-gestacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

Aumento de fenilalanina secundário à tirosinemia ou a dano hepático (caracterizado pelo aumento concomitante de fenilalanina e tirosina); Hiperfenilalaninemia transitória (caracterizada pela normalização espontânea, em vigência de dieta normal, dos níveis de fenilalanina durante os 6 primeiros meses de vida);

Hiperfenilalaninemia por defeito na síntese ou reciclagem tetrahydrobiopterina (BH4) ou por mutações em DNAJC12.

Em relação ao dicloridrato de sapropterina, estarão excluídos do seu uso os pacientes com FNC que apresentarem as seguintes características:

-Indivíduos do sexo masculino;

-Indivíduos do sexo feminino não responsivos no teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina;

-Indivíduos do sexo feminino que não estejam grávidas ou que não estejam em período periconcepcional.

A interrupção do tratamento com dicloridrato de sapropterina deverá ocorrer nos casos abaixo relacionados:

-Não adesão ao tratamento, aqui definida como o não seguimento da prescrição dietética por período superior a 30 dias, ou

-A não ingestão de pelo menos 80% da dose prescrita do medicamento, após terem sido tomadas as medidas educacionais cabíveis;

-Falha terapêutica, aqui definida como a ausência, em três meses de tratamento regular com dicloridrato de sapropterina, de pelo menos 50% de aumento da tolerância à fenilalanina, ou de diminuição dos níveis de fenilalanina em pelo menos 30% sem alteração na dieta; ocorrência de evento adverso grave relacionado ao medicamento.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de fibrose cística devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento. O diagnóstico dos pacientes com FC, assim como seu tratamento, devem ocorrer preferencialmente em serviços especializados ou Centros de Referência em Fibrose Cística. Preconiza-se o acompanhamento em CR por equipe multidisciplinar logo após o diagnóstico ou durante o processo de investigação após a triagem neonatal, já que, frequentemente, os testes do suor são realizados em laboratórios ligados a esses centros.



MEDICAMENTOS

PANCREATINA 10.000 UI CAP
PANCREATINA 25.000 UI CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas do paciente e, se houver, descrição da história familiar de fibrose cística;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, conforme o item 3 Diagnóstico e o item 4 Casos Especiais do referido PCDT.

Para a terapia medicamentosa, serão considerados os critérios de inclusão citados a seguir.

–Alfadornase:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com mais de seis anos de idade.

–Tobramicina:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC acima de 6 anos de idade e nas seguintes situações:

– Isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em culturas de secreção respiratória. A primeira identificação desse germe em culturas de secreção respiratória deve ser seguida de tentativa de erradicação (tratamento por 28 dias com tobramicina inalatória, 300 mg duas vezes ao dia) para retardar ou prevenir a infecção crônica e suas consequências clínicas agudas e em longo prazo, que podem influir negativamente no prognóstico da doença; ou

– Infecção pulmonar crônica (colonização) por *Pseudomonas aeruginosa*. Em caso de falha da erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*, a infecção é considerada crônica, e o tratamento em longo prazo com tobramicina inalatória deve ser iniciado.

–Ivacaftor:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com idade igual ou maior de seis anos e, pelo menos, 25 kg, que apresentem uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste PCDT:

- Pacientes com bronquiectasias sem diagnóstico confirmado de FC;
- Pacientes com insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias; ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de fibrose cística devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento. O diagnóstico dos pacientes com FC, assim como seu tratamento, devem ocorrer preferencialmente em serviços especializados ou Centros de Referência em Fibrose Cística. Preconiza-se o acompanhamento em CR por equipe multidisciplinar logo após o diagnóstico ou durante o processo de investigação após a triagem neonatal, já que, frequentemente, os testes do suor são realizados em laboratórios ligados a esses centros.



MEDICAMENTOS

IVACAFTOR 150 MG COMP REV



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas do paciente e, se houver, descrição da história familiar de fibrose cística;
Cópia do exame de dosagem de cloreto no suor – quantitativo;
Cópia do exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística (com mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R);



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, conforme o item 3 Diagnóstico e o item 4 Casos Especiais do referido PCDT.

Para a terapia medicamentosa, serão considerados os critérios de inclusão citados a seguir.

–Alfadornase:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com mais de seis anos de idade.

–Tobramicina:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC acima de 6 anos de idade e nas seguintes situações:

– Isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em culturas de secreção respiratória. A primeira identificação desse germe em culturas de secreção respiratória deve ser seguida de tentativa de erradicação (tratamento por 28 dias com tobramicina inalatória, 300 mg duas vezes ao dia) para retardar ou prevenir a infecção crônica e suas consequências clínicas agudas e em longo prazo, que podem influir negativamente no prognóstico da doença; ou

– Infecção pulmonar crônica (colonização) por *Pseudomonas aeruginosa*. Em caso de falha da erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*, a infecção é considerada crônica, e o tratamento em longo prazo com tobramicina inalatória deve ser iniciado.

–Ivacaftor:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com idade igual ou maior de seis anos e, pelo menos, 25 kg, que apresentem uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste PCDT:

- Pacientes com bronquiectasias sem diagnóstico confirmado de FC;
- Pacientes com insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias; ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de fibrose cística devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento. O diagnóstico dos pacientes com FC, assim como seu tratamento, devem ocorrer preferencialmente em serviços especializados ou Centros de Referência em Fibrose Cística. Preconiza-se o acompanhamento em CR por equipe multidisciplinar logo após o diagnóstico ou durante o processo de investigação após a triagem neonatal, já que, frequentemente, os testes do suor são realizados em laboratórios ligados a esses centros.



MEDICAMENTOS

TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas do paciente e, se houver, descrição da história familiar de fibrose cística;
Cópia do exame de dosagem de cloreto no suor – quantitativo;
Cópia de exame de cultura de secreção respiratória.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, conforme o item 3 Diagnóstico e o item 4 Casos Especiais do referido PCDT.

Para a terapia medicamentosa, serão considerados os critérios de inclusão citados a seguir.

–Alfadornase:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com mais de seis anos de idade.

–Tobramicina:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC acima de 6 anos de idade e nas seguintes situações:

– Isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em culturas de secreção respiratória. A primeira identificação desse germe em culturas de secreção respiratória deve ser seguida de tentativa de erradicação (tratamento por 28 dias com tobramicina inalatória, 300 mg duas vezes ao dia) para retardar ou prevenir a infecção crônica e suas consequências clínicas agudas e em longo prazo, que podem influir negativamente no prognóstico da doença; ou

– Infecção pulmonar crônica (colonização) por *Pseudomonas aeruginosa*. Em caso de falha da erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*, a infecção é considerada crônica, e o tratamento em longo prazo com tobramicina inalatória deve ser iniciado.

–Ivacaftor:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com idade igual ou maior de seis anos e, pelo menos, 25 kg, que apresentem uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste PCDT:

- Pacientes com bronquiectasias sem diagnóstico confirmado de FC;
- Pacientes com insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias; ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de fibrose cística devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento. O diagnóstico dos pacientes com FC, assim como seu tratamento, devem ocorrer preferencialmente em serviços especializados ou Centros de Referência em Fibrose Cística. Preconiza-se o acompanhamento em CR por equipe multidisciplinar logo após o diagnóstico ou durante o processo de investigação após a triagem neonatal, já que, frequentemente, os testes do suor são realizados em laboratórios ligados a esses centros.



MEDICAMENTOS

ALFADORNASE 2,5 MG AMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas do paciente e, se houver, descrição da história familiar de fibrose cística;
Cópia do exame de dosagem de cloreto no suor – quantitativo.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, conforme o item 3 Diagnóstico e o item 4 Casos Especiais do referido PCDT.

Para a terapia medicamentosa, serão considerados os critérios de inclusão citados a seguir.

–Alfadornase:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com mais de seis anos de idade.

–Tobramicina:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC acima de 6 anos de idade e nas seguintes situações:

– Isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em culturas de secreção respiratória. A primeira identificação desse germe em culturas de secreção respiratória deve ser seguida de tentativa de erradicação (tratamento por 28 dias com tobramicina inalatória, 300 mg duas vezes ao dia) para retardar ou prevenir a infecção crônica e suas consequências clínicas agudas e em longo prazo, que podem influir negativamente no prognóstico da doença; ou

– Infecção pulmonar crônica (colonização) por *Pseudomonas aeruginosa*. Em caso de falha da erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*, a infecção é considerada crônica, e o tratamento em longo prazo com tobramicina inalatória deve ser iniciado.

–Ivacaftor:

Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de FC e com idade igual ou maior de seis anos e, pelo menos, 25 kg, que apresentem uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste PCDT:

–Pacientes com bronquiectasias sem diagnóstico confirmado de FC;
–Pacientes com insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias; ou
–Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

GLAUCOMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 28, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2023

CID 10

H40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto;
H40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado;
H40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular;
H40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular;

H40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;
H40.6 Glaucoma secundário a drogas;
H40.8 Outro glaucoma;
Q15.0 Glaucoma congênito.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de glaucoma devem ser atendidos em serviços especializados em oftalmologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML
BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML
BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML
DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML
LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML
TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico realizado por oftalmologista informando os sinais e sintomas, a PIO basal, os tratamentos realizados e possível contraindicação ou reação adversa;
Cópia do laudo de pelo menos dois (2) dos seguintes exames: tonometria (pressão intra-ocular - pio); biomicroscopia de fundo; campimetria visual.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de glaucoma que apresentem pelo menos dois dos seguintes critérios:

- PIO média acima de 21 mmHg, sem tratamento;
- Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); ou
- Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico.

O tratamento medicamentoso deve seguir os seguintes critérios (Verificar critérios de Gravidade):

Para monoterapia com timolol:

- Pacientes com dois ou mais critérios de gravidade menores; ou
- Pacientes com um critério de gravidade menor e um critério de gravidade maior.

Para monoterapia com dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina (medicamentos de segunda linha):

- Falha primária ou contraindicação ou evento adverso ao timolol.

Para monoterapia com prostaglandina (ou latanoprost ou bimatoprost ou travoprost):

- Dois ou mais critérios de gravidade maiores ou um maior e dois ou mais menores;
- Falha primária ou terapêutica da associação de timolol e um medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina); ou
- Falha primária ou terapêutica de medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina).

Para uso da associação de timolol e medicamento de segunda linha (dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina):

- Falha terapêutica do timolol;
- Falha primária com o uso de prostaglandina.

Para uso da associação de timolol e prostaglandina (latanoprost ou bimatoprost ou travoprost):

- Falha terapêutica da monoterapia com prostaglandina.

Para uso da associação de medicamentos de segunda linha e prostaglandina:

- Falha terapêutica com monoterapia medicamentosa de segunda linha.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo.

HEMANGIOMA INFANTIL

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2018

CID 10

D18.0 Hemangioma de qualquer localização

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com menos de 5 anos de idade com diagnóstico clínico (que pode ser complementado por exames de imagem, avaliação endoscópica ou anátomopatológico) de HI e que apresentem pelo menos uma das características abaixo:

Acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal;
Acometimento de estrutura com risco de dano funcional ou cosmético permanente;
Presença de dor ou sangramento;
Insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; ou
Hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a 1 ano



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão serão considerados de forma independente a cada medicamento recomendado neste Protocolo e terão como base a presença de hipersensibilidade ou contraindicação ao uso:

Propranolol: choque cardiogênico, bradicardia crônica, hipotensão crônica, bloqueios atrioventriculares superiores a primeiro grau, insuficiência cardíaca, coarctação de aorta grave, 6 histórias de broncoespasmo ou sibilância e recém-nascidos pré-termo com idade corrigida de menos de cinco semanas (idade pós-natal em semanas – número de semanas pré-termo);

Corticosteróides: história de imunodeficiência ou tumor maligno, presença de infecções fúngicas sistêmicas ativas;

Alfainterferona: presença de hepatite autoimune, presença de hepatopatia grave definida por elevação de transaminases/aminotransferases (cinco vezes acima do valor da normalidade) ou prolongamento no tempo de protrombina (razão normalizada internacional – RNI maior que 1,5).

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2019

CID 10

D59.5 – Hemoglobinúria Paroxística Noturna
(Marchiafava–Micheli)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

A HPN é uma doença que necessita de cuidados especializados e, por isso, o paciente deve ser acompanhado por um corpo técnico treinado e especializado para tal, devendo haver sempre que possível participação e apoio da Rede Nacional de Serviços de Hematologia e Hemoterapia.

A dispensação e administração intravenosa ocorrerão exclusivamente em estabelecimentos de saúde do SUS, não sendo fornecidos frascos do medicamento para os pacientes.



MEDICAMENTOS

ECULIZUMABE: 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO COM 30 ML)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
História transfusional dos últimos seis meses;
História clínica recente do paciente (conforme apêndice 1 do PCDT);
Avaliação de Qualidade de Vida do paciente (conforme apêndice 2 do PCDT);
Cópia do cartão de vacinas indicando vacinação contra Neisseria meningitidis – vacina meningocócica conjugada tetravalente (sorotipos ACWY) com no mínimo duas semanas antes de iniciar o tratamento com Eculizumabe;
Cópia da dosagem de Uréia;
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de Ferritina Sérica;
Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH);
Cópia do exame hemograma completo e reticulócitos;
Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST);
Cópia do laudo diagnóstico por citometria de fluxo confirmatório de HPN;
Cópia do teste direto de antglobulina (Coombs direto).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contemplados neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) indivíduos maiores de 14 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de HPN realizado por citometria de fluxo.

Crítérios de Inclusão para o tratamento com eculizumabe:

- O paciente elegível ao tratamento com eculizumabe deverá ter HPN na sua apresentação hemolítica e comprovação de alta atividade da doença – definida como lactato desidrogenase (LDH) $\geq 1,5$ vez o limite superior e tamanho do clone $> 10\%$, além de, pelo menos, um dos critérios abaixo:
- Histórico de evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (comprovado por exame de imagem), após afastadas outras causas de trombofilia adquiridas mais comuns, como síndrome de anticorpo antifosfolípide (SAAF) e neoplasia;
- Anemia crônica demonstrada por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 7 mg/dL ou por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 10 mg/dL com sintomas concomitantes de anemia, em que outras causas além da HPN foram excluídas;
- Hipertensão arterial pulmonar, evidenciada por ecocardiograma com PSAP > 35 , em que outras causas além da HPN foram excluídas;
- História de insuficiência renal, demonstrada por uma taxa de filtração glomerular ≤ 60 mL/min/1,73 m², em que outras causas além da HPN foram excluídas; ou
- Gestação, evidenciada por beta-HCG > 6 mUI/mL, com história prévia de intercorrência gestacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Crítérios de Exclusão para o tratamento com eculizumabe:

–Pacientes com diagnóstico de HPN subclínica; ou

–Pacientes com diagnóstico de HPN concomitante a síndrome de falência medular grave ativa (anemia aplásica com dois ou mais dos seguintes marcadores: contagem de neutrófilos abaixo de $0,5 \times 10^9$ /L, contagem de plaquetas abaixo de 20×10^9 /L, reticulócitos abaixo de 25×10^9 /L).

HEPATITE AUTOIMUNE

PORTARIA SECTICS/MS Nº 25, DE 18 DE MAIO DE 2023

CID 10

K75.4 - Hepatite autoimune

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas com descrição do escore ERDHA1 descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentem as duas condições abaixo:

- Diagnóstico definido ou provável de HAI segundo a escala ERDHA1 ou, se houver outras doenças autoimunes concomitantes, os critérios simplificados; e

- Pelo menos um dos itens abaixo:

- a) AST/TGO 10 vezes acima do valor normal;
- b) AST/TGP 5 vezes acima do valor normal associado a gamaglobulina 2 vezes acima do valor normal;
- c) pontuação no índice de atividade histológica maior ou igual a 4;
- d) hepatite de interface, necrose em ponte ou multilobular à histologia;
- e) cirrose com atividade inflamatória;
- f) Sintomas constitucionais incapacitantes.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

- Biópsia hepática com ausência de infiltrado inflamatório (ausência de atividade), mesmo com cirrose, pois não há evidência de benefício de terapia imunossupressora nestes casos;
- Diagnóstico de colangite biliar primária ou de colangite esclerosante primária;
- Evidência de causas infecciosas, tóxicas ou metabólicas; ou
- Contraindicação ou intolerância ao uso de prednisona ou azatioprina.

HIDRADENITE SUPURATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

L73.2 Hidradenite supurativa

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENCH)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENCH)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios, contendo histórico de lesões recorrentes dolorosas ou supurativas mais de 2 vezes em 6 meses; localização anatômica típica, tipo de lesões típicas e histórico familiar, sem evidência microbiológica de patógenos ou com presença de microflora normal de pele nas lesões;
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);
Radiografia de tórax.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos de ambos os sexos, maiores de 18 anos com diagnóstico de hidradenite supurativa de acordo com o item 3.1 Diagnóstico Clínico do referido PCDT.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes que apresentarem contraindicação absoluta a algum dos tratamentos farmacológicos propostos, conforme item 9. FÁRMACOS, seção 9.1.1. Contraindicações para cada medicamento usado para tratamento da HS do referido PCDT.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

PORTARIA SAS/MS NO 16, DE 15 DE JANEIRO DE 2010.

CID 10

E25.0 - Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento deve ser contínuo ao longo da vida com intervalo entre consultas, levando em consideração os dados clínicos, e com a realização de exames laboratoriais.



MEDICAMENTOS

FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para uso de glicocorticóides:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico de HAC clássica com ou sem deficiência mineralocorticóide, feito através de dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico com valores > 100 ng/ml (basal ou após estímulo com 250 mg de ACTH).

Para uso de mineralocorticoide:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico de deficiência mineralocorticóide (forma perdedora de sal) que apresentarem, além da dosagem de 17-OH progesterona em amostra de sangue periférico com valores > 100 ng/ml (basal ou após estímulo com 250 mg de ACTH), quadro clínico e dosagem de sódio e potássio séricos ou renina plasmática e aldosterona com os seguintes resultados:
- Hiponatremia (sódio < 135 mEq/l) e hiperpotassemia (potássio > 5,5 mEq/l); -renina plasmática acima do valor de referência e aldosterona abaixo do valor de referência



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem uma das condições abaixo:

- Resultado de teste do pezinho com 17-OH-progesterona elevada, sem exame confirmatório em amostra de sangue;
- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

PORTARIA SAS/MS NO 16, DE 15 DE JANEIRO DE 2010.

CID 10

E25.0 – Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento deve ser contínuo ao longo da vida com intervalo entre consultas, levando em consideração os dados clínicos, e com a realização de exames laboratoriais.



MEDICAMENTOS

CIPROTERONA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para uso de glicocorticóides:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico de HAC clássica com ou sem deficiência mineralocorticoide, feito através de dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico com valores > 100 ng/ml (basal ou após estímulo com 250 mg de ACTH).

Para uso de mineralocorticoide:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico de deficiência mineralocorticoide (forma perdedora de sal) que apresentarem, além da dosagem de 17-OH progesterona em amostra de sangue periférico com valores > 100 ng/ml (basal ou após estímulo com 250 mg de ACTH), quadro clínico e dosagem de sódio e potássio séricos ou renina plasmática e aldosterona com os seguintes resultados:

- Hiponatremia (sódio < 135 mEq/l) e hiperpotassemia (potássio > 5,5 mEq/l);
- renina plasmática acima do valor de referência e aldosterona abaixo do valor de referência



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem uma das condições abaixo:

- Resultado de teste do pezinho com 17-OH-progesterona elevada, sem exame confirmatório em amostra de sangue;
- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados.

HIPERPROLACTINEMIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2020

CID 10

E22.1 Hiperprolactinemia

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de hiperprolactinemia devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CABERGOLINA 0,5 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Relato médico contendo descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;
Cópia do exame de prolactina no soro;
Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem dois dos critérios abaixo, sendo o primeiro critério obrigatório:

- Níveis de prolactina maior que o limite superior da normalidade de acordo com o método de dosagem utilizado E
- TC ou RM de hipófise demonstrando macroprolactinoma ou
- TC ou RM de hipófise demonstrando microprolactinoma associado à clínica de hiperprolactinemia ou hipogonadismo ou
- TC ou RM de hipófise normal, mas associado à clínica de hiperprolactinemia ou hipogonadismo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

- Hipotireoidismo primário como causa da hiperprolactinemia;
- Hiperprolactinemia secundária a medicamento (exceções relatadas em casos especiais);
- Gestação e amamentação como causa da hiperprolactinemia;
- Hiperprolactinemia por compressão da haste hipofisária (pseudoprolactinomas); ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

HIPERTENSÃO PULMONAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0– Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 – Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 – Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/síndrome de Eisenmenger)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes.



MEDICAMENTOS

AMBRISSENTANA 10 MG COMP REV
AMBRISSENTANA 5 MG COMP REV
BOSENTANA 125 MG COMP REV
BOSENTANA 62,5 MG COMP REV



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS.
Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)
Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Pulmonar:

1. Hipertensão arterial pulmonar (HAP);
2. HP devido à doença cardíaca esquerda;
3. HP devido à doença pulmonar ou hipóxia;
4. HP devido à obstrução de artérias pulmonares (HPTEC);
5. HP com mecanismos multifatoriais ou não claros.

Serão incluídos para tratamento medicamentoso específico os pacientes do grupo 1 (HAP), diagnosticados por meio de cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 25 mmHg E pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg E resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPERTENSÃO PULMONAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0 – Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 – Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 – Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênitas/síndrome de Eisenmenger)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes



MEDICAMENTOS

ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML
SILDENAFILA 20 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M)
Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Pulmonar:

1. Hipertensão arterial pulmonar (HAP);
2. HP devido à doença cardíaca esquerda;
3. HP devido à doença pulmonar ou hipóxia;
4. HP devido à obstrução de artérias pulmonares (HPTEC);
5. HP com mecanismos multifatoriais ou não claros.

Serão incluídos para tratamento medicamentoso específico os pacientes do grupo 1 (HAP), diagnosticados por meio de cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 25 mmHg E pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg E resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPOPARATIREOIDISMO

PORTARIA Nº 450, DE 29 DE ABRIL DE 2016

CID 10

E20.0 – Hipoparatiroidismo idiopático
E20.1 – Pseudohipoparatiroidismo
E20.8 – Outro hipoparatiroidismo
E89.2 – Hipoparatiroidismo pós-procedimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com hipoparatiroidismo e pseudohipoparatiroidismo deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia



MEDICAMENTOS

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico laboratorial de hipoparatiroidismo, definido como cálcio total corrigido para albuminemia menor que 8 mg/dL ou cálcio iônico menor que 4 mg/dL associado a PTH sérico menor que 30 pg/mL.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- Pacientes com hipoparatiroidismo transitório ou funcional que tenham a função das paratireóides normalizada;
- Pacientes com hipo ou hipermagnesemia;
- Pacientes com hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos preconizados no Protocolo.

ICTIOSES HEREDITÁRIAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 13 DE JUNHO DE 2022.

CID 10

Q80.0 – Ictiose vulgar
Q80.1 – Ictiose ligada ao cromossomo X
Q80.2 – Ictiose lamelar

Q80.3 – Eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita
Q80.8 – Outras ictioses congênicas
Q80.9 – Ictiose congênita não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com Ictiose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento. Idealmente, o diagnóstico deve ser feito por médico dermatologista, com complementação por geneticista clínico. O tratamento de manifestações cutâneas deve ser inicialmente acompanhado por dermatologista; no caso de manifestações extracutâneas, médicos especialistas (ortopedistas, oftalmologistas e neurologistas, entre outros) e outros profissionais da saúde podem ser indicados para avaliação e tratamento adequados.



MEDICAMENTOS

ACITRETINA 10 MG CAP
ACITRETINA 25 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo médico com descrição do quadro clínico, sinais e sintomas do paciente



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Ictioses Hereditárias comprovado por laudo médico, emitido preferencialmente por dermatologista.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com ictioses adquiridas, que incluem, mas não se limitam, a quadros resultantes de distúrbios endocrinológicos, metabólicos, infecciosos, tumorais e linfoproliferativos e pele seca sazonal. Além disso, intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação são critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS (IP)

PORTARIA Nº 495 DE 11 DE SETEMBRO DE 2007

CID 10

D80.0 – Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento)

D80.1 Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE)

D80.3 – Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG)

D80.5 – Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM)

D80.6 – Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia

D80.7 – Hipogamaglobulinemia transitória da infância

D80.8 – Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa).

D83.0 – Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B.

D83.2 – Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T.

D83.8 – Outras imunodeficiências comuns variáveis.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Todos os pacientes com suspeita de IP devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista. Para tal, recomenda-se a organização de centros de referência a serem habilitados e cadastrados pelo Gestor Estadual para avaliação médica e planejamento de estratégias diagnósticas e terapêuticas aos pacientes com IP.



MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5g INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
Prescrição médica devidamente preenchida;
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;
Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos;
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);
Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO);
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina A – IgA;
Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G – IgG;
Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina M – IgM;
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica;
Cópia do exame de Hemograma completo.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo de tratamento todos os pacientes que apresentarem o diagnóstico de agamaglobulinemia ligada ao X, imunodeficiência comum variável ou outro tipo de IP com predominância de defeitos de anticorpos, conforme o item 3 do referido PCDT, bem como comprovação através de laudos médicos e exames complementares da ocorrência de infecções de repetição típicas de IP com predominância de defeitos de anticorpos.

Sumário das avaliações necessárias para o uso da IGH:

Para o diagnóstico específico:

- concentração sérica das imunoglobulinas (IgG total, IgA, IgM);
- avaliação da síntese ativa de anticorpos;
- laudos médicos/exames que comprovem a ocorrência de infecções típicas de IP com predominância de defeitos de anticorpos;
- concentração sérica das subclasses de IgG (quando indicado).

Para exclusão de outras condições ou contra-indicações ao uso de IGH:

- hemograma;
- Provas de função renal (uréia e creatinina) e hepática (TGO, TGP, TP e albumina).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos seguintes critérios:

- infecção ativa e/ou neoplasia;
- insuficiência renal ou hepática;
- história de reação anafilática a IGH;
- diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida;
- deficiência de IgA somente;
- deficiência de IgM somente;
- deficiência de IgD somente;
- Imunodeficiência predominantemente celular.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO

PORTARIA CONJUNTA Nº 2 DE 05 DE JANEIRO DE 2021

CID 10

Z94.1 – Coração transplantado
T86.2 – Falência ou rejeição de transplante de coração

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes transplantados de coração devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes em relação à eficácia do tratamento imunossupressor e desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica, bem como para o ajuste de doses e o controle de efeitos adversos.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
EVEROLIMO 0,5 MG COMP
EVEROLIMO 0,75 MG COMP
EVEROLIMO 1 MG COMP
TACROLIMO 5 MG CAP
TACROLIMO 1 MG CAP
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os indivíduos submetidos a transplante cardíaco seguindo o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes vigente, conforme Portaria GM/MS Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes não submetidos a transplante cardíaco e os receptores de transplante cardíaco com condições clínicas cujo risco associado à imunossupressão é maior do que o provável benefício terapêutico.

Serão excluídos os indivíduos que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado no referido protocolo.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTO

PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 22 DE JUNHO DE 2017

CID 10

Z94.4 - Fígado transplantado
T86.4 - Falência ou rejeição de transplante de fígado.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O transplante hepático bem-sucedido requer um esquema de atenção e cuidado envolvendo a equipe médica, pacientes e familiares e se estende por toda a vida



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
EVEROLIMO 0,5 MG COMP
EVEROLIMO 0,75 MG COMP
EVEROLIMO 1 MG COMP
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP
TACROLIMO 1 MG CAP
TACROLIMO 5 MG CAP
SIROLIMO 1 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (lme), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de imunossupressão todos os pacientes maiores de 18 anos submetidos a transplante de fígado, conforme o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes, tanto para o estabelecimento do estado de imunossupressão quanto para o tratamento de indução ou de manutenção



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Casos de transplante hepático auxiliar quando é suspensa a imunossupressão, bem como os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos propostos.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 04, de 10 de janeiro de 2019

CID 10

Z94.4 - Transplante hepático
T86.4 - Falência ou rejeição de transplante de fígado

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes transplantados de fígado devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático para sua adequada inclusão no PCDT e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
EVEROLIMO 0,5 MG COMP
EVEROLIMO 0,75 MG COMP
EVEROLIMO 1 MG COMP
TACROLIMO 5 MG CAP
TACROLIMO 1 MG CAP
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 mg COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 mg COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 mg comp
SIROLIMO 1 MG DRAGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados em serviço especializado (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória);

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão considerados elegíveis para este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) os pacientes com até 18 anos, submetidos a transplante de fígado.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE RENAL

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 05 DE JANEIRO DE 2021

CID 10

Z94.0 – Rim transplantado
T86.1 – Falência ou rejeição de transplante de rim

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes transplantados de rim devem ser acompanhados regularmente por profissionais capacitados, preferencialmente, em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOSPORINA 100 MG
CICLOSPORINA 100 mg/mL SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG
CICLOSPORINA 50 MG CAP
EVEROLIMO 0,5 MG COMP
EVEROLIMO 0,75 MG COMP
EVEROLIMO 1 MG COMP
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP
SIROLIMO 1 MG DRÁGEA
TACROLIMO 1 MG CAP
TACROLIMO 5 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;

Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Relato médico informando se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado (baixo ou alto risco imunológico, conforme descrito no PCDT) frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo:

- 1) todos os indivíduos submetidos a transplante renal, conforme o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes, e
- 2) os transplantados com diagnóstico clínico ou histológico de rejeição aguda ou crônica.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes não submetidos a transplante renal e os receptores de transplante renal com condições clínicas cujo risco associado à imunossupressão é maior do que o provável benefício terapêutico.

Serão excluídos os indivíduos que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

INSUFICIÊNCIA ADRENAL

PORTARIA CONJUNTA nº 20, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2020.

CID 10

E27.4 - Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com insuficiência adrenal devem ser atendidos em serviços especializados. O acompanhamento deve ser feito, preferencialmente, por endocrinologista



MEDICAMENTOS

FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

Cópia do exame de dosagem de Cortisol sérico



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quadro clínico sugestivo e que apresentarem diagnóstico laboratorial confirmado ou provável de Insuficiência Adrenal Primária (IAP) ou Insuficiência Adrenal Crônica (IAC)



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

INSUFICIÊNCIA ADRENAL

PORTARIA CONJUNTA nº 20, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2020.

CID 10

E23.0 – Hipopituitarismo

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com insuficiência adrenal devem ser atendidos em serviços especializados. O acompanhamento deve ser feito, preferencialmente, por endocrinologista



MEDICAMENTOS

SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 16 UI SOL INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum
Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C)
Cópia do exame de dosagem de TSH
Cópia do laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética
Cópia do teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quadro clínico sugestivo e que apresentarem diagnóstico laboratorial confirmado ou provável de Insuficiência Adrenal Primária (IAP) ou Insuficiência Adrenal Crônica (IAC)



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2020

CID 10

I50.0 Insuficiência cardíaca congestiva

I50.1 Insuficiência ventricular esquerda

I50.9 Insuficiência cardíaca não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida

Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).

Relato médico com uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

Cópia do exame de dosagem sérica do peptídeo natriurético de tipo B (BNP) OU cópia do exame de dosagem sérica de N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP)

Cópia do laudo da ecocardiografia



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contemplados nestas Diretrizes Brasileiras: adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de IC na sua apresentação crônica estável, com fração de ejeção reduzida – definida como fração de ejeção < 50%.

Para Sacubitril-Valsartana:

- Idade inferior a 75 anos;
- Classe funcional NYHA II;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 35\%$);
- BNP > 150 pg/mL ou NT-ProBNP > 600 pg/mL;
- Em tratamento otimizado (uso de doses máximas toleradas dos medicamentos preconizados – IECA ou ARA II, betabloqueadores, espironolactonas e doses adequadas de diuréticos em caso de congestão);
- Sintomáticos (sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

pacientes com IC aguda ou com IC crônica descompensada;

pacientes com IC e fração de ejeção preservada ($\geq 50\%$); e

intervenções no atendimento especializado ou atenção hospitalar, como terapia de dessincronização cardíaca.

INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA

PORTARIA Nº 112, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016.

CID 10

K86.0- Pancreatite crônica induzida pelo álcool;
K86.1- Outras pancreatites crônicas;
K90.3- Esteatorréia pancreática.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

PANCREATINA 10.000 UI CAP
PANCREATINA 25.000 UI CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido

Prescrição médica devidamente preenchida



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentem esteatorreia (com pesquisa qualitativa da gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas maior que 6 g/dia) associada a pelo menos um dos critérios abaixo:

- Radiografia simples de abdômen mostrando calcificações salpicadas e difusas no parênquima pancreático;
 - Ultrassonografia de abdômen mostrando dilatação do ducto pancreático principal acima de 0,4 cm, ou cistos ou calcificações parenquimatosas;
 - Tomografia computadorizada de abdômen mostrando dilatação ductal, cistos ou calcificações no parênquima;
 - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada ou ressonância magnética de vias biliares mostrando dilatação, estenoses ou defeitos de enchimento no ducto pancreático principal associados a alterações em pelo menos três ramos colaterais;
 - Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.
- Em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorréia).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento (proteína de suínos)

LEIOMIOMA DE ÚTERO

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 31 DE OUTUBRO DE 2017.

CID 10

D25.0- Leiomioma submucoso do útero

D25.1- Leiomioma intramural do útero

D25.2- Leiomioma subseroso do útero

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de leiomioma devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia, para seu adequado diagnóstico e indicação terapêutica.



MEDICAMENTOS

GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC)
GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados em serviço de ginecologia e o(s) motivo(s) para a não realização do procedimento cirúrgico curativo
Cópia do laudo de exame de imagem com diagnóstico de Leiomioma de Útero (laparoscopia, ultrassonografia, histerossonografia, histeroscopia, histerosalpingografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as pacientes que apresentarem todos os critérios a seguir:

- Dor ou hemorragia como manifestação clínica;
- Idade reprodutiva – mulheres pré-menopáusicas; e
- Diagnóstico de mioma por exame de imagem (preferencialmente US) ou por procedimento laparoscópico realizado por qualquer indicação.

Para o tratamento medicamentoso, além dos critérios descritos a paciente deverá apresentar também contraindicação para procedimento cirúrgico curativo, atestada por médico



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

- Osteoporose estabelecida ou alto risco para seu desenvolvimento (definido conforme o protocolo específico de osteoporose, do Ministério da Saúde); ou
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos propostos.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 12 DE AGOSTO DE 2021.

CID 10

J84.8 – Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com Linfangioleiomiomatose (LAM) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

SIROLIMO 1 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas
Cópia do exame de Espirometria
Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com mais de 18 anos e com diagnóstico de LAM que apresentem pelo menos um dos critérios a seguir:

- VEF1 inferior a 70% do predito;
- Declínio funcional avaliado com, pelo menos, 3 medidas de VEF1 ao longo de, no mínimo, 6 meses (8); ou
- Presença de acúmulos quilosos sintomáticos antes de considerar tratamentos invasivos como drenagens percutâneas intermitentes e inserção de dispositivos de drenagem permanentes.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes menores de 18 anos e aqueles que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do medicamento preconizado.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 – Lúpus discóide

L93.1– Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 – Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Euler/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Euler/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 – Lúpus discóide

L93.1 – Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 – Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)
Cópia do laudo de Rx de tórax
Cópia do teste de Mantoux



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 – Lúpus discóide

L93.1– Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 – Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

DANAZOL 200 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de contagem de Plaquetas
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)
Dosagem de Creatinina Sérica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 – Lúpus discóide

L93.1– Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 – Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CLOROQUINA 150 MG COMP
HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia da dosagem de Uréia
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)
Cópia do teste de Mantoux
Dosagem de Creatinina Sérica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de Novembro de 2022.

CID 10

L93.0 – Lúpus discóide

L93.1– Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 – Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
Prescrição médica devidamente preenchida
Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV)
CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)
COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do teste de Mantoux
Hemograma completo com contagem de plaquetas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

MIASTENIA GRAVIS

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

CID 10

G70.0 – Miastenia gravis

G70.2 – Miastenia congênita e do desenvolvimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com Miastenia Gravis (MG) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo e acompanhamento. Após o diagnóstico, recomenda-se o acompanhamento por equipe multidisciplinar, conforme necessidades (médico, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico)



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (avaliação pode ser realizada conforme classificação MGFA, Escala composta de MG ou QMG – teste quantitativo para MG)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem manifestações clínicas compatíveis com MG e pelo menos um exame complementar confirmatório desta doença.

Para pacientes com diagnóstico clínico compatível com MG, mas com resultados negativos de anticorpos ant-Ach e eletroneuromiografia, preconiza-se a prova terapêutica com piridostigmina por três meses para avaliação da resposta e confirmação do diagnóstico.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- a) os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); e
- b) os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo

MIASTENIA GRAVIS

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

CID 10

G70.0 – Miastenia gravis

G70.2 – Miastenia congênita e do desenvolvimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com Miastenia Gravis (MG) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo e acompanhamento. Após o diagnóstico, recomenda-se o acompanhamento por equipe multidisciplinar, conforme necessidades (médico, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico)



MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (avaliação pode ser realizada conforme classificação MGFA, Escala composta de MG ou QMG – teste quantitativo para MG)

Cópia do exame de dosagem sérica de IgA

Cópia dos exames de avaliação da função renal



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem manifestações clínicas compatíveis com MG e pelo menos um exame complementar confirmatório desta doença.

Para pacientes com diagnóstico clínico compatível com MG, mas com resultados negativos de anticorpos ant-Ach e eletroneuromiografia, preconiza-se a prova terapêutica com piridostigmina por três meses para avaliação da resposta e confirmação do diagnóstico.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

a) os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); e

b) os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I

PORTARIA CONJUNTA Nº 12 DE 11 DE ABRIL DE 2018

CID 10

E76.0 – Mucopolissacaridose do tipo I

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

Cópia do exame de alfa-L-iduronidase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no sub-item 3.1 (Suspeita Clínica) deste Protocolo e tiverem o diagnóstico de MPS I confirmado de acordo com um dos critérios relacionados a seguir:

–Atividade da enzima IDUA < 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, fibroblastos ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais E presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção aumentada de sulfatos de heparan e dermatan; OU

– Atividade da enzima IDUA < 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, fibroblastos, leucócitos, ou em papel-filtro, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais E presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene IDUA.

Estes também são os critérios para início do tratamento com laronidase. Os pacientes que já estiverem em uso de laronidase quando da publicação deste protocolo deverão ser reavaliados para verificação dos critérios de inclusão. Caso não preencham os critérios, a reposição da enzima deve ser imediatamente suspensa.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com laronidase os pacientes que se enquadrarem nas seguintes situações:

–Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS I ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;

–Pacientes com idade >18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com laronidase, recusarem-se a serem tratados;

–Pacientes com histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em 1 ano;

–Hipersensibilidade ao medicamento.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 24 DE MAIO DE 2018.

CID 10

E76.1 – Mucopolissacaridose do tipo II

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas com descrição de histórico familiar



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes do sexo masculino que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 – Suspeita Clínica, deste Protocolo, e confirmação do diagnóstico de MPS II de acordo com um dos critérios abaixo relacionados.

– Atividade da enzima IDS < 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, leucócitos ou fibroblastos, E atividade normal de pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade da IDS) E presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção urinária aumentada de sulfatos de dermatan e heparan; OU

– Presença de mutação reconhecidamente patogênica no gene IDS.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA INÍCIO DE TRE COM IDURSULFASE ALFA:

Para serem elegíveis para TRE com Idursulfase alfa, os pacientes devem apresentar confirmação do diagnóstico de MPS II de acordo com os critérios acima relacionados e não apresentar regressão neurológica.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão elegíveis para TRE com Idursulfase alfa os pacientes que apresentarem alguma das situações abaixo relacionadas:

- Regressão neurológica, ou seja, perda dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor confirmada por avaliação formal com neurologista;
- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses, como resultado da MPS II ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Idade >18 anos e que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com Idursulfase alfa, recusarem-se a serem tratados;
- Histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2019.

CID 10

E76.2 – Outras Mucopolissacaridoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.

Cópia do exame da atividade da enzima GALNS.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sintomas ou sinais descritos no item 3.1 Suspeita Diagnóstica e tiverem o diagnóstico de MPS IV A confirmado de acordo com um dos critérios abaixo relacionados:

– Atividade da GALNS < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos E atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronatosulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais; OU

– Atividade da GALNS < 10% do limite inferior dos valores de referência em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com alfaelosulfase os pacientes que se enquadrarem em pelo menos uma das seguintes situações:

– Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS IV A ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;

– Pacientes com idade > 18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com alfaelosulfase, recusarem-se a serem tratados; ou

– Pacientes com histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI

PORTARIA CONJUNTA Nº 20, DE 05 DEZEMBRO DE 2019.

CID 10

E76.2 – Outras Mucopolissacaridoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.

Cópia da enzima arilsulfatase B (ASB)

Cópia do exame de arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase

Cópia do exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia do exame de dermatansulfato (DS) OU cópia de exame genético do gene ASB.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 (Suspeita Clínica) deste Protocolo e tiverem o diagnóstico de MPS VI confirmado de acordo com um dos critérios abaixo relacionados.

Estes também são os critérios para início do tratamento com galsulfase, ou seja:

-Atividade da enzima ASB < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos E atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N Sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais E presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção aumentada de DS; OU

-Atividade da enzima ASB < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro E atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais, E presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene ASB.

Os pacientes que já estiverem em uso de galsulfase quando da publicação deste PCDT deverão ser reavaliados para verificação dos critérios de inclusão.

Caso não preencham os critérios, a reposição da enzima deve ser imediatamente suspensa.

Poderão fazer uso de galsulfase todos os indivíduos com diagnóstico de MPS VI realizado de acordo com o item 3 deste PCDT e:

a) que tenham idade entre 0 a 6 anos de idade; OU

b) que tenham idade igual ou superior a 7 anos E

b.1) sejam ambulantes e capazes de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos do Teste da Caminhada de 6 minutos (TC6M); OU

b.2) sejam capazes de realizar espirometria.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com galsulfase os pacientes que se enquadrarem nas seguintes situações:

-Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS VI ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;

-Pacientes com idade > 18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com galsulfase, recusarem-se a serem tratados;

-Pacientes com histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 19, DE 28 DE SETEMBRO DE 2023

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica – M80.3 Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com osteoporose devem ser preferencialmente atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento, e devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica



MEDICAMENTOS

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, condições associadas e tratamentos prévios

Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir:

–Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;

–Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;

–Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade, ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 19, DE 28 DE SETEMBRO DE 2023

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica – M80.3 Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com osteoporose devem ser preferencialmente atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento, e devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica



MEDICAMENTOS

RISEDRONATO 35 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, condições associadas e tratamentos prévios

Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir:

–Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;

–Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;

–Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade, ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 19, DE 28 DE SETEMBRO DE 2023

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica – M80.3 Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com osteoporose devem ser preferencialmente atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento, e devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica



MEDICAMENTOS

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 ML
CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NASAL (FR)
RALOXIFENO 60 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, condições associadas e tratamentos prévios

Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir:

–Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;

–Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;

–Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade, ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

Para o uso de ácido zoledrônico, os pacientes deverão apresentar intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou acalasia.

Para o uso de calcitonina, o paciente deve apresentar osteonecrose de mandíbula ou fratura atípica de fêmur ou contraindicação absoluta aos demais medicamentos.

Para o uso de raloxifeno, a paciente deve ser mulher, estar no período pós menopausa, ter baixo risco de tromboembolismo venoso, não estar em uso concomitante de estrógenos e apresentar um dos critérios abaixo:

– Alto risco de câncer de mama;

–Osteonecrose de mandíbula ou fratura atípica de fêmur;

–Intolerância ou contraindicação aos bisfosfonatos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo

POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 2 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

E85.1 – Amiloidose heredofamiliar neuropática

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados ou serviços de referência em doenças raras para o diagnóstico e acompanhamento da doença e para realização de testes pré sintomáticos para familiares e dispensação dos tratamentos recomendados



MEDICAMENTOS

TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo contendo quadro clínico (sintomatologia compatível de PAF) determinado por especialistas na área de neurologia ou cardiologia e informações a respeito do histórico familiar da doença;
Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Destina-se aos pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico confirmado de amiloidose associada à transtirretina em pacientes adultos com polineuropatia sintomática em estágio inicial (estágio I), conforme item diagnóstico deste Protocolo e não submetidos a transplante hepático.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes previamente submetidos a transplante hepático por amiloidose associada à TTR, pacientes com hipersensibilidade conhecida ao tafamidis meglumina ou a qualquer outro componente da fórmula, gestantes, lactentes e pacientes em estágio intermediário e avançado da doença (estágio II e III).

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021.

CID 10

D68.8 – Outros defeitos especificados da coagulação
I82.0 – Síndrome de Budd–Chiari
I82.1 Tromboflebite migratória
I82.2 – Embolia e trombose de veia cava

I82.3 – Embolia e trombose de veia renal
I82.8 – Embolia e trombose de outras veias especificadas
O22.3 – Flebotrombose profunda na gravidez
O22.5 – Trombose venosa cerebral na gravidez

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

As gestantes com risco aumentado para trombofilia devem ser encaminhadas para a Atenção Especializada para o devido tratamento do quadro, a fim de que morbidades sejam minimizadas e mortalidade materna, fetal e perinatal sejam evitadas.

A gestante que for encaminhada deve manter o acompanhamento concomitante com a equipe da Atenção Primária para garantir um cuidado adequado e integral



MEDICAMENTOS

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML
ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,6 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Relato médico constando as seguintes informações:

-Nome da paciente, -número de identidade, -idade gestacional, -descrição da condição clínica (informações sobre o diagnóstico da trombofilia),
-Justificativa da necessidade de anticoagulação,
-Nome do médico responsável e data de emissão do laudo.

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica

Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hGC sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da primeira dispensação.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as gestantes e puérperas com trombofilia e:

- a) História pessoal de TEV;
- b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;
- c) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de alto risco; ou
- d) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de baixo risco com TEV



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as gestantes com:

- a) Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;
- b) hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável; ou
- c) história de acidente vascular cerebral hemorrágico recente

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ACITRETINA 10 MG CAP
ACITRETINA 25 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia da dosagem de Uréia
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de bilirrubinas.
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamyl Transferase)
Cópia do exame de dosagem de glicemia.
Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos.
Cópia do exame de Hemograma completo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Escore PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

RISANQUIZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 0,83 ML
SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame das sorologias para hepatite B.
Cópia do exame das sorologias para hepatite C.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame de sedimento urinário
Cópia do teste de Mantoux
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Escore PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ETANERCEPT 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPT (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)
ETANERCEPT (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia da dosagem de Uréia
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de bilirrubinas.
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamyl Transferase)
Cópia do exame de dosagem de glicemia.
Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos.
Cópia do exame de Hemograma completo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:
– Escore PASI igual ou inferior a 10
– Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
– Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.
Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios: – escore PASI superior a 10;
– Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
– DLQI superior a 10;
– Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
– Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou
– Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame das sorologias para hepatite B.
Cópia do exame das sorologias para hepatite C.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame de sedimento urinário
Cópia do teste de Mantoux
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Escore PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CALCIPOTRIOL 50 mcg/g POM (BIS) 30 g
CLOBETASOL 0,5 mg/g CREM (BIS) 30 g



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Escore PASI igual ou inferior a 10

- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou

- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- Escore PASI superior a 10;

- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;

- DLQI superior a 10;

- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);

- Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou

- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõem de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame das sorologias para hepatite B.
Cópia do exame das sorologias para hepatite C.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame de sedimento urinário
Cópia do teste de Mantoux
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:
– Escore PASI igual ou inferior a 10
– Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
– Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.
Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios: – escore PASI superior a 10;
– Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
– DLQI superior a 10;
– Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
– Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou
– Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 27 DE JULHO DE 2022.

CID 10

E22.8 – Outras hiperfunções da hipófise – puberdade precoce central.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com puberdade precoce central devem ser atendidos em serviços especializados em endocrinologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC)
GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC)
LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
LEUPRORRELINA 45 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC)
TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 22,5 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP)
CIPROTERONA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados por endocrinologistas pediátricos OU endocrinologistas OU pediatras;
Avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle (radiografia de mãos e punhos)
Avaliação da curva de velocidade de crescimento



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem início do quadro de puberdade precoce de acordo com as definições do Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem, pelo menos, uma das situações contidas no Protocolo.

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

PORTARIA CONJUNTA Nº 9, DE 31 DE JULHO DE 2019.

CID 10

D69.3-Púrpura trombocitopênica idiopática.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Doentes de púrpura trombocitopênica idiopática refratária devem ser atendidos em serviços de hematologia para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA
DANAZOL 200 MG CAP
ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV
ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo clínico realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitantes;
Cópia do exame de anti-HCV;
Cópia do exame de anti-HIV
Cópia do exame de contagem de Plaquetas
Cópia do exame de Hemograma completo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de PTI, conforme o item 3 Diagnóstico no referido PCDT, independentemente da idade, que apresentem:

-Presença de PTI grave;
-Contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³;
-ou contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento.

Para o tratamento de PTI crônica e refratária em adultos (a partir de 18 anos de idade), são incluídos os pacientes com todas as seguintes características: presença de PTI grave ou com contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³ de forma persistente, por pelo menos três meses; ausência de resposta aos corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa (IVIg); e ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia. Para o tratamento de PTI crônica e refratária em crianças e adolescentes (menos de 18 anos de idade), são incluídos os pacientes com as seguintes características: contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³ de forma persistente por pelo menos 12 meses após o diagnóstico; ausência de resposta aos corticosteroides e IVIg; e ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras causas de plaquetopenia. Do mesmo modo, a intolerância medicamentosa ou a contraindicação de um ou mais medicamentos preconizados excluem o paciente de seus respectivos usos

RAQUITISMO E OSTEOMALÁCIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 02, DE 11 DE JANEIRO DE 2022.

CID 10

E55.0 – Raquitismo ativo
E55.9 – Deficiência não especificada de vitamina D
E64.3 – Sequelas do raquitismo
E83.3 – Distúrbios do metabolismo do fósforo
M83.0 – Osteomalácia puerperal

M83.1 – Osteomalácia senil
M83.2 – Osteomalácia do adulto devido à má-absorção
M83.3 – Osteomalácia do adulto devido à desnutrição
M83.8 – Outra osteomalácia do adulto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

BUROSUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
BUROSUMABE 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
BUROSUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas
Cópia da dosagem de Cálcio sérico
Cópia do exame de avaliação de glicose e proteínas na urina
Cópia do exame de Clearance de Creatinina
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico
Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário
Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)
Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
Cópia do exame de potássio
Cópia do exame de vitamina D
Cópia do exame gasometria venosa
Cópia do exame pH e densidade urinários
Cópia do laudo Radiológico



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e, quando aplicável, genético, de raquitismo ou osteomalácia, conforme o item 3 Diagnóstico do referido PCDT.

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com calcitriol requer-se, adicionalmente, a presença de um dos seguintes critérios:

a) Crianças e adolescentes sem resposta à reposição com vitamina D2 ou D3 e cálcio (ver o subitem 7.3.Benefícios Esperados no PCDT), devido à raquitismo ou osteomalácia:
-Dependente de vitamina D tipo I (déficit de síntese de 1,25-dihidroxitamina D);
-Dependente de vitamina D tipo II (resistência à ação da 1,25-dihidroxitamina D);
-Secundários à hipofosfatemia dependente de FGF-23 não hipercalemiúrica;
-Secundários à doença hepática; ou
-Secundários a tumor produtor de FGF-23 (osteomalácia induzida por tumor);

b) Adultos com raquitismo ou osteomalácia e com dor óssea ou fraturas que não se consolidam ou com hipofosfatemia secundária a medicamentos.

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com burosumabe, deve preencher o seguinte critério:

-Diagnóstico genético de HLX e ter entre um ano e 17 anos de idade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação do uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

Para o tratamento com calcitriol, deverão ser excluídos pacientes com raquitismo hipofosfatêmico hipercalemiúrico, uma vez que já podem apresentar concentrações séricas elevadas de calcitriol pelo mecanismo fisiopatogênico da doença, e o uso de calcitriol pode agravar a hipercalemiúria.

Com relação ao tratamento com burosumabe, estão excluídos os pacientes sem resposta terapêutica ou que manifestem algum evento adverso grave ao iniciar o tratamento com este medicamento.

Também são excluídos pacientes com insuficiência renal grave ou doença renal em estágio terminal, porque essas condições estão associadas a um metabolismo mineral anormal.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.1 – Ileocolite ulcerativa (crônica)
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.4 – Pseudopolipose do cólon
K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

TOFACITINIBE 5 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.1 – Ileocolite ulcerativa (crônica)
K51.2 – Proctite ulcerativa (crônica)
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa (crônica)

K51.4 – Pseudopolipose do cólon
K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas
K52.2 – Gastroenterite e colite alérgicas ou ligadas à dieta

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa (crônica)
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa (crônica)

K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML
VEDOLIZUMAB 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.1 – Ileocolite ulcerativa (crônica)
K51.2 – Proctite ulcerativa (crônica)
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa (crônica)

K51.4 – Pseudopolipose do cólon
K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.1 – Ileocolite ulcerativa (crônica)
K51.2 – Proctite ulcerativa (crônica)
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa (crônica)

K51.4 – Pseudopolipose do cólon
K51.5 – Proctocolite mucosa
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

MESALAZINA 3 G ENEMA 100 ML
MESALAZINA 400 MG
MESALAZINA 500 MG COMP
MESALAZINA 800 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

O infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe e Tofacitinibe não são preconizados para menores de 18 anos.

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 - Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 - Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 - Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha
D61.0 - Anemia Aplástica Constitucional
D61.1 - Anemia aplástica induzida por drogas

D61.2 - Anemia aplástica devida a outros agentes externos
D61.3 - Anemia aplástica idiopática
D61.8 - Outras anemias aplásticas especificadas
D70 - Agranulocitose
Z94.8 - Outros órgãos e tecidos transplantados

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma)
Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea
Cópia do teste de dosagem de ácido fólico
Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
Cópia do teste de sorologia para VHB
Cópia do teste de sorologia para VHC



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D61.0 – Anemia Aplástica Constitucional
D61.2 – Anemia aplástica devida a outros agentes externos
D61.3 – Anemia aplástica idiopática
D61.8 – Outras anemias aplásticas especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV
ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma)
Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea
Cópia do teste de dosagem de ácido fólico
Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
Cópia do teste de sorologia para VHB
Cópia do teste de sorologia para VHC



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D61.0 – Anemia Aplástica Constitucional
D61.1 – Anemia aplástica induzida por drogas
D61.2 – Anemia aplástica devida a outros agentes externos
D61.3 – Anemia aplástica idiopática

D61.8 – Outras anemias aplásticas especificadas
D70 – Agranulocitose
Z94.8 – Outros órgãos e tecidos transplantados

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma)
Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea
Cópia do teste de dosagem de ácido fólico
Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
Cópia do teste de sorologia para VHB
Cópia do teste de sorologia para VHC



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 – Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma)
Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea
Cópia do teste de dosagem de ácido fólico
Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
Cópia do teste de sorologia para VHB
Cópia do teste de sorologia para VHC



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 – Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
Cópia do exame das sorologias para HIV.
Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Hemograma completo
Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma)
Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea
Cópia do teste de dosagem de ácido fólico
Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
Cópia do teste de sorologia para VHB
Cópia do teste de sorologia para VHC



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020.

CID 10

G61.0 – Síndrome de Guillain-Barré

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Laudo médico detalhado contendo descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado, preferencialmente, especialista em neurologia
Cópia do exame de Líquor



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes que:

- Preencherem os critérios diagnósticos, incluindo as formas variantes da Síndrome de Guillain Barré, avaliados por médico, preferencialmente especialista em neurologia, com expedição de laudo detalhado; e
- Apresentarem doença moderada-grave (Escala de Incapacidade) e menos de 8 semanas de evolução.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com mais de 8 semanas de evolução da doença, com insuficiência renal ou que apresentarem contraindicações ou efeitos adversos não toleráveis à Ig IV.

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

PORTARIA CONJUNTA Nº 22, de 03 de NOVEMBRO de 2022

CID 10

D46.0 – Anemia refratária sem sideroblastos
D46.1 – Anemia refratária com sideroblastos
D46.4 – Anemia refratária, não especificada
D46.7 – Outras síndromes mielodisplásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário; Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário; Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME); Prescrição médica devidamente preenchida; Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramento ativos; Cópia da dosagem de Fósforo; Cópia de exame de avaliação da função tireoidiana (TSH e T4 livre); Cópia do exame biópsia de medula óssea com coloração para reticulina; Cópia do exame das sorologias para hepatite B; Cópia do exame das sorologias para hepatite C; Cópia do exame das sorologias para HIV; Cópia do exame de análise citogenética convencional com bandeamento G; Cópia do exame de análise morfológica do aspirado de medula óssea (500 células) para avaliação de celularidade, displasias e contagem de blastos; Cópia do exame de análise morfológica do esfregaço de sangue periférico; Cópia do exame de bilirrubinas; Cópia do exame de coloração do ferro e quantificação de sideroblastos em anel; Cópia do exame de contagem de Reticulócitos; Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato); Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvico – TGP); Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacético – TGO); Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica; Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA); Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica; Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12; Cópia do exame de Eletroforese de proteínas; Cópia do exame de estudo da cinética do ferro (ferro sérico, saturação de transferrina); Cópia do exame de Fator Reumatóide; Cópia do exame de Hemograma completo; Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH); Cópia do exame de potássio; Cópia do exame de sódio; Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN); Cópia do exame Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) e Tempo de Protrombina (TP); Cópia do laudo de Rx de tórax; Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen; Cópia do teste de sorologia para CMV; Cópia do teste de urina de rotina; Dosagem de cálcio; Dosagem de Creatinina Sérica; Gama GT



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste PCDT os pacientes adultos (idade maior ou igual a 18 anos) com diagnóstico de SMD de baixo risco (IPSS baixo ou intermediário-1 ou IPSS-R muito baixo, baixo e intermediário até 3,5 pontos).

Para o uso de alfaeopoetina, serão incluídos apenas pacientes com SMD de baixo risco e anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L).

Para uso de filgrastim, serão incluídos pacientes com síndrome mielodisplásica de baixo risco e:

- (i) contagem de neutrófilos abaixo de $0,5 \times 10^9 / L$ e infecções resistentes ou infecções de repetição ou;
- (ii) diagnóstico de anemia e que não apresentem resposta eritroide satisfatória após uso de alfaeopoetina durante 16 semanas.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados no Protocolo.

Para o uso de filgrastim, serão excluídos pacientes com contagem de neutrófilos acima de $10 \times 10^9 / L$.

SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 2 DE JULHO DE 2019.

CID 10

E28.2 – Síndrome dos ovários policísticos
L68.0 – Hirsutismo

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Pacientes com suspeita de Síndrome de Ovários Policísticos devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento



MEDICAMENTOS

CIPROTERONA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

Serão incluídas neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) as pacientes que tiverem o diagnóstico de SOP, de acordo com os critérios do Consenso de Rotterdam



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as pacientes que apresentarem outras doenças que causem hiperandrogenismo ou oligo/amenorreia (tumores produtores de androgênios, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, tireopatias, uso de medicamentos associados com hirsutismo e hipogonadismo, ou hiperplasia adrenal congênita).

Pacientes gestantes ou aquelas que apresentem hipersensibilidade, intolerância ou contraindicação conhecida aos medicamentos também serão excluídas

SÍNDROME DE TURNER

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 09 DE MAIO DE 2018

CID 10

Q96.0 – Cariótipo 45,X –
Q96.1– Cariótipo 46,X iso –
Q96.2– Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso –
Q96.3– Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY –

Q96.4 – Mosaicismo cromossômico, 45, X/
outras linhagens celulares com cromossomo
sexual anormal –
Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica e que sejam monitorizados os efeitos adversos e benefícios a longo prazo em serviços especializados.



MEDICAMENTOS

SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
SOMATROPINA 16 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia da curva de crescimento do National Center for Health Statistics (NCHS) de 1977 para crianças entre cinco e doze anos ou curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde para crianças entre dois e quatro anos
Cópia do exame de Cariótipo



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as pacientes com diagnóstico de síndrome de Turner confirmado por meio de cariótipo e que apresente um dos critérios abaixo:

- Idade mínima de 2 anos;
- Idade entre 2 e 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Idade acima de 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva do National Center for Health Statistics (NCHS) /Center of Disease Control (CDC) com idade óssea abaixo de 14 anos, estimada por radiografia de mãos e punhos;
- Função tireoideana basal (TSH, T4 livre) dentro dos limites da normalidade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo para tratamento com somatropina as pacientes que apresentarem, pelo menos, uma das condições abaixo:

- Doença neoplásica maligna ativa;
- Anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica.
- Doença aguda grave, isto é, que necessite internação e tratamento parenteral ou nada por via oral (NPO) ou tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI);
- Hipertensão intracraniana benigna;
- Retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa;
- Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento ou a um dos seus componentes.

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 14 DE ABRIL DE 2020.

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular minor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N04.4 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N04.5 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa

N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica – glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8 – Síndrome nefrótica – outras
N04.9 – Síndrome nefrótica – não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes adultos, com mais de 18 anos, que apresentarem os seguintes critérios:
– Síndrome nefrótica definida pela presença de proteinúria ($>3,0-3,5$ g/1,73m²/dia em adultos), hipalbuminemia ($<3,0$ g/dl) e edema, frequentemente, de hiperlipidemia, hipercoagulabilidade e outras alterações clínico-laboratoriais; e
– Diagnóstico histopatológico de material obtido por biópsia renal referentes aos diagnósticos especificados no item 2, acima (códigos de N04.0 a N04.9 da CID-10).
Outros critérios que justificam a inclusão:
– Presença de proteinúria nefrótica ($>3,0-3,5$ g/1,73m² de superfície corporal/dia), mesmo sem o quadro completo de síndrome nefrótica, sem diagnóstico histopatológico;
– Forma rapidamente progressiva de glomerulopatia, com perda aguda de função renal de rápida evolução, ao longo de dias ou semanas, geralmente em associação a manifestações de síndrome nefrítica aguda, sem diagnóstico histopatológico;
– após o tratamento imunossupressor inicial da glomerulopatia primária, em que o paciente apresente posteriormente a uma resposta total ou parcial: recidivas frequentes, dependência ao uso de corticosteróide (prednisona), dependência ao uso de outros imunossuppressores (ciclofosfamida, ciclosporina) ou resistência ou intolerância ao tratamento inicial com prednisona ou outro imunossupressor, em que a mudança do medicamento é fundamental para tratamento e controle da doença, e para nefroproteção; ou
– Pacientes com síndrome nefrótica primária nos quais a contraindicação para realização de biópsia renal seja absoluta (p. ex., coagulopatia, anticoagulação plena) ou relativa (rim único, hipertensão arterial resistente ao tratamento, gestação, infecção do trato urinário persistente), quando se pode dispensar a biópsia e incluir o paciente em protocolo de tratamento baseado nos achados clínicos e nos exames laboratoriais.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem uma das condições abaixo, e estes critérios devem ser individualizados e sempre avaliados pela equipe assistente e pela urgência do tratamento:

- Hipersensibilidade ou contraindicações clínicas para o uso de prednisona ou outros imunossuppressores (ciclofosfamida, ciclosporina);
- Neoplasia maligna em atividade (de pulmão, pele – exceto carcinoma de células escamosas, mama e cólon, entre outras);
- Creatinina sérica superior a 3,5mg/dl, com doença renal crônica estágio 4 (taxa de filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min /1,73 m² SC) ou estágio 5 (taxa de filtração glomerular <15 ml/min /1,73 m² SC), com ou sem evidência de rins diminuídos ou contraídos (<9 cm) – porém com o caso sendo individualizado e atentando-se para a elevação de creatinina sérica por insuficiência renal aguda;
- Contraindicações específicas para uso de ciclofosfamida: qualquer uma das seguintes evidências de disfunção da medula óssea:
 - a) contagem de leucócitos abaixo de 3.000/mm³ ;
 - b) contagem de neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ ; ou
 - c) contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ .

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 14 DE ABRIL DE 2020.

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular menor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N04.4 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N04.5 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa

N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica – glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8 – Síndrome nefrótica – outras
N04.9 – Síndrome nefrótica – não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.



MEDICAMENTOS

TACROLIMO 1 MG CAP
TACROLIMO 5 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME);
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O tacrolimo somente está indicado, neste protocolo, para os pacientes que tenham desenvolvido hipertricose ou hiperplasia gengival associada ao uso de ciclosporina. Esses efeitos deverão ser comprovados mediante laudo médico, respectivamente, de dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial.

Serão incluídos pacientes adultos, com mais de 18 anos, que apresentarem os seguintes critérios:

– Síndrome nefrótica definida pela presença de proteinúria ($>3,0$ – $3,5$ g/1,73m²/dia em adultos), hipoalbuminemia ($<3,0$ g/dl) e edema, frequentemente, de hiperlipidemia, hipercoagulabilidade e outras alterações clínico-laboratoriais; e

– Diagnóstico histopatológico de material obtido por biópsia renal referentes aos diagnósticos especificados no item 2, acima (códigos de N04.0 a N04.9 da CID-10).

Outros critérios que justificam a inclusão:

– Presença de proteinúria nefrótica ($>3,0$ – $3,5$ g/1,73m² de superfície corporal/dia), mesmo sem o quadro completo de síndrome nefrótica, sem diagnóstico histopatológico;

– Forma rapidamente progressiva de glomerulopatia, com perda aguda de função renal de rápida evolução, ao longo de dias ou semanas, geralmente em associação a manifestações de síndrome nefrítica aguda, sem diagnóstico histopatológico;

– após o tratamento imunossupressor inicial da glomerulopatia primária, em que o paciente apresente posteriormente a uma resposta total ou parcial: recidivas frequentes, dependência ao uso de corticosteroide (prednisona), dependência ao uso de outros imunossupressores (ciclofosfamida, ciclosporina) ou resistência ou intolerância ao tratamento inicial com prednisona ou outro imunossupressor, em que a mudança do medicamento é fundamental para tratamento e controle da doença, e para nefroproteção; ou

– Pacientes com síndrome nefrótica primária nos quais a contra-indicação para realização de biópsia renal seja absoluta (p. ex., coagulopatia, anticoagulação plena) ou relativa (rim único, hipertensão arterial resistente ao tratamento, gestação, infecção do trato urinário persistente), quando se pode dispensar a biópsia e incluir o paciente em protocolo de tratamento baseado nos achados clínicos e nos exames laboratoriais.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem uma das condições abaixo, e estes critérios devem ser individualizados e sempre avaliados pela equipe assistente e pela urgência do tratamento:

– Hipersensibilidade ou contraindicações clínicas para o uso de prednisona ou outros imunossupressores (ciclofosfamida, ciclosporina);
– Neoplasia maligna em atividade (de pulmão, pele – exceto carcinoma de células escamosas, mama e cólon, entre outras);
– Creatinina sérica superior a 3,5mg/dl, com doença renal crônica estágio 4 (taxa de filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min /1,73 m² SC) ou estágio 5 (taxa de filtração glomerular <15 ml/min /1,73 m² SC), com ou sem evidência de rins diminuídos ou contraídos (<9 cm) – porém com o caso sendo individualizado e atentando-se para a elevação de creatinina sérica por insuficiência renal aguda;

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 10 DE JANEIRO DE 2018

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular minor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N04.4 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N04.5 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa

N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica – glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8 – Síndrome nefrótica – outras

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com até 18 anos de idade e com diagnóstico clínico e laboratorial de Síndrome Nefrótica Idiopática. O estudo histopatológico somente será um critério de inclusão dos pacientes cuja biópsia renal está indicada conforme o Item 3-Diagnóstico estabelecido no Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem Síndrome Nefrótica associada às causas secundárias abaixo relacionadas:

- Doenças infecciosas: hepatite C, hepatite B e HIV;
- Doenças sistêmicas: púrpura de Henoch-Schönlein, lúpus eritematoso sistêmico, diabetes melito de longa evolução (mais de 5 anos, em que a proteinúria pode ser causada pela doença de base) e sarcoidose; ou
- Tumores: leucemia e linfoma.

Também serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 10 DE JANEIRO DE 2018

CID 10

N04.0 - Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor
N04.1 - Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 - Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 - Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N04.4 - Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N04.5 - Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa

N04.6 - Síndrome nefrótica - doença de depósito denso
N04.7 - Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8 - Síndrome nefrótica - outras

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.



MEDICAMENTOS

TACROLIMO 1 MG CAP
TACROLIMO 5 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME);
Prescrição médica devidamente preenchida;
Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada;
Para pacientes com até 18 anos, deverá haver descrição clínica realizada por dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial confirmando o diagnóstico de hipertricrose ou hiperplasia gengival



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O tacrolimo somente está indicado, neste protocolo, para os pacientes que tenham desenvolvido hipertricrose ou hiperplasia gengival associada ao uso de ciclosporina. Esses efeitos deverão ser comprovados mediante laudo médico, respectivamente, de dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial.

Serão incluídos os pacientes com até 18 anos de idade e com diagnóstico clínico e laboratorial de Síndrome Nefrótica Idiopática. O estudo histopatológico somente será um critério de inclusão dos pacientes cuja biópsia renal está indicada conforme o Item 3-Diagnóstico estabelecido no Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem Síndrome Nefrótica associada às causas secundárias abaixo relacionadas:

- Doenças infecciosas: hepatite C, hepatite B e HIV;
- Doenças sistêmicas: púrpura de Henoch-Schönlein, lúpus eritematoso sistêmico, diabetes melito de longa evolução (mais de 5 anos, em que a proteinúria pode ser causada pela doença de base) e sarcoidose; ou
- Tumores: leucemia e linfoma.

Também serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

SOBRECARGA DE FERRO

PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2018

CID 10

T 45.4 – Intoxicação por ferro e seus compostos
E 83.1 – Doenças do metabolismo do ferro

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)

Cópia do laudo de avaliação da Acuidade Visual



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem uma das seguintes condições:

- Ferritina sérica acima de 1.000 ng/mL; - biópsia hepática com concentração de ferro acima de 3,2 mg/g de fígado seco; ou
- Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. Para uso dos quelantes utilizados por via oral devem, além desses critérios, ser observados também os seguintes:
- Para deferiprona: pacientes com talassemia maior e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização;
- Para deferasirox: pacientes com sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional) e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes cuja doença de base (que motivou as transfusões e, consequentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional, nesses casos, a flebotomia deve ser a primeira opção de tratamento. Além disso, todos os que apresentem histórico de hipersensibilidade ao medicamento ou a algum componente da fórmula também não devem ser tratados com quelantes.

Não devem fazer uso de desferroxamina: pacientes com insuficiência renal crônica grave ou com depuração de creatinina endógena abaixo de 30 mL/min, exceto se em diálise.

SOBRECARGA DE FERRO

PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2018

CID 10

T 45.4 – Intoxicação por ferro e seus compostos
E 83.1– Doenças do metabolismo do ferro

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

DEFERASIROX 125 MG COMP
DEFERASIROX 250 MG COMP
DEFERASIROX 500 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Cópia do exame de anti-HCV
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil
Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada
Cópia do exame de HBsAg
Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes cuja doença de base (que motivou as transfusões e, consequentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional.
Nesses casos, a flebotomia deve ser a primeira opção de tratamento. Além disso, todos os que apresentem histórico de hipersensibilidade ao medicamento ou a algum componente da fórmula também não devem ser tratados com quelantes.

Não devem fazer uso de deferasirox:

- Pacientes com depuração de creatinina abaixo de 40 mL/min ou creatinina sérica acima de duas vezes o limite superior da normalidade;
- Gestantes ou nutrízes; - pacientes com menos de 2 anos de idade;
- Pacientes com proteinúria moderada e relação proteinúria/creatinúria acima de 0,5 mg/mg;
- Pacientes com hepatite B ou C em atividade;
- Pacientes com bloqueio atrioventricular grau II ou III, alargamento do segmento QT ou em uso de cardiônicos; ou
- Pacientes com síndrome mielodisplásica de alto risco e pacientes com outras malignidades de origem hematopoética ou não, nos quais a baixa expectativa de vida não permita os benefícios da terapia quelante.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada 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)



MEDICAMENTOS

LAMOTRIGINA 100 MG COMP
LAMOTRIGINA 25 MG COMP
LAMOTRIGINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de doença hepática
Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do tipo I, conforme especificado no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação. Devem ser observados as contraindicações e o risco-benefício dos diferentes medicamentos

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada 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)



MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 10 MG COMP
OLANZAPINA 5 MG COMP
QUETIAPINA 100 MG COMP
QUETIAPINA 200 MG COMP
QUETIAPINA 25 MG COMP
QUETIAPINA 300 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes cuja doença de base (que motivou as transfusões e, consequentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional.

Nesses casos, a flebotomia deve ser a primeira opção de tratamento. Além disso, todos os que apresentem histórico de hipersensibilidade ao medicamento ou a algum componente da fórmula também não devem ser tratados com quelantes.

Não devem fazer uso de deferasirox:

- Pacientes com depuração de creatinina abaixo de 40 mL/min ou creatinina sérica acima de duas vezes o limite superior da normalidade;
- Gestantes ou nutrízes; – pacientes com menos de 2 anos de idade;
- Pacientes com proteinúria moderada e relação proteinúria/creatinúria acima de 0,5 mg/mg;
- Pacientes com hepatite B ou C em atividade;
- Pacientes com bloqueio atrioventricular grau II ou III, alargamento do segmento QT ou em uso de cardiotônicos; ou
- Pacientes com síndrome mielodisplásica de alto risco e pacientes com outras malignidades de origem hematopoética ou não, nos quais a baixa expectativa de vida não permita os benefícios da terapia quelante.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada 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)



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 100 MG COMP
CLOZAPINA 25 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui doença mieloproliferativa ou faz uso de agentes mielossuppressores, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, doenças hepáticas ou cardíacas graves, epilepsia não controlada ou história de agranulocitose/granulocitopenia ou miocardite com clozapina
Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)
Cópia do exame de contagem de neutrófilos totais (Hemograma)
Cópia do exame de contagem de Plaquetas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do tipo I, conforme especificado no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação. Devem ser observados as contraindicações e o risco-benefício dos diferentes medicamentos

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada 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)



MEDICAMENTOS

RISPERIDONA 1 MG COMP
RISPERIDONA 2 MG COMP
RISPERIDONA 3 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

Prescrição médica devidamente preenchida

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes cuja doença de base (que motivou as transfusões e, consequentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional.

Nesses casos, a flebotomia deve ser a primeira opção de tratamento. Além disso, todos os que apresentem histórico de hipersensibilidade ao medicamento ou a algum componente da fórmula também não devem ser tratados com quelantes.

Não devem fazer uso de deferasirox:

- Pacientes com depuração de creatinina abaixo de 40 mL/min ou creatinina sérica acima de duas vezes o limite superior da normalidade;
- Gestantes ou nutrízes; – pacientes com menos de 2 anos de idade;
- Pacientes com proteinúria moderada e relação proteinúria/creatinúria acima de 0,5 mg/mg;
- Pacientes com hepatite B ou C em atividade;
- Pacientes com bloqueio atrioventricular grau II ou III, alargamento do segmento QT ou em uso de cardiotônicos; ou
- Pacientes com síndrome mielodisplásica de alto risco e pacientes com outras malignidades de origem hematopoética ou não, nos quais a baixa expectativa de vida não permita os benefícios da terapia quelante.

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PORTARIA CONJUNTA Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021

CID 10

F25.0 – Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2 – Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A
CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS
Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico
Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos
Glicemia de jejum
Hemograma completo com contagem de plaquetas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo descritos no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao respectivo fármaco preconizado neste Protocolo, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo.

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PORTARIA CONJUNTA Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021

CID 10

F25.0 – Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2 – Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)



MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 10 MG COMP
OLANZAPINA 5 MG COMP
QUETIAPINA 100 MG COMP
QUETIAPINA 200 MG COMP
QUETIAPINA 25 MG COMP
QUETIAPINA 300 MG COMP
RISPERIDONA 1 MG COMP
RISPERIDONA 2 MG COMP
RISPERIDONA 3 MG COMP
ZIPRASIDONA 40 MG CAP
ZIPRASIDONA 80 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos
Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes
Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico
Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico
Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos
Glicemia de jejum
Hemograma completo com contagem de plaquetas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo descritos no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao respectivo fármaco preconizado neste Protocolo, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

H30.1 – Inflamação coriorretiniana disseminada
H30.2 – Ciclite posterior
H30.8 – Outras inflamações coriorretinianas
H20.1 – Iridociclite crônica
H15.0 – Esclerite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para o uso dos imunossuppressores ciclosporina e azatioprina, além do diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

- Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico (superior a 3 meses);
- Falha na terapêutica com glicocorticoide sistêmico em monoterapia;
- Toxicidade aguda, crônica presente ou presumida ou contraindicação ao uso de glicocorticoide por qualquer via de administração;
- Diagnóstico de uveítes sabidamente graves, como doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas; ou
- Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições: -Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;

-Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;

-Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossuppressores;

- Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

H30.1 - Inflamação coriorretiniana disseminada
H30.2 - Ciclite posterior
H30.8 - Outras inflamações coriorretinianas
H20.1 - Iridociclite crônica
H15.0 - Esclerite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC)



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)
Radiografia de tórax



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para uso de adalimumabe, além de paciente adulto e diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

- Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;
- Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos; ou
- Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições: - Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;

- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;

- Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossuppressores;

- Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

H30.1 – Inflamação coriorretiniana disseminada
H30.2 – Ciclite posterior
H30.8 – Outras inflamações coriorretinianas
H20.1 – Iridociclite crônica
H15.0 – Esclerite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG CAP
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML
CICLOSPORINA 25 MG CAP
CICLOSPORINA 50 MG CAP



EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
Prescrição médica devidamente preenchida
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes
Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para o uso dos imunossuppressores ciclosporina e azatioprina, além do diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

- Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico (superior a 3 meses);
- Falha na terapêutica com glicocorticoide sistêmico em monoterapia;
- Toxicidade aguda, crônica presente ou presumida ou contraindicação ao uso de glicocorticoide por qualquer via de administração;
- Diagnóstico de uveítes sabidamente graves, como doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas; ou
- Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições: -Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;

-Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;

-Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossuppressores;

- Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



**Resumo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes
Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde**