



Fluxo de Acesso
Anemia Hemolítica Autoimune
PORTARIA CONJUNTA Nº 27, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2018

MEDICAMENTOS

- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRÁGEA)
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida (deve ser renovada SEMESTRALMENTE junto com o LME);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados:
 1. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Anemia Hemolítica Autoimune** .



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Todos os medicamentos:

- Hemograma
- Teste de Coombs direto
- Contagem de reticulócitos ou LDH (desidrogenase láctica) ou haptoglobina

Para Ciclosporina e Ciclofosfamida, ainda:

- B-HCG Sérico (para mulheres em idade fértil)
- ALT/TGP,
- AST/TGO,
- GGT
- Creatinina
- Hbs-Ag
- Anti-HCV
- Anti-HIV
- Rx de tórax (laudo)
- Reação de Mantoux

Para Identificação do subtipo:

- Anemia por anticorpos quentes: anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA; ou
- Doença das aglutininas a frio (Crioaglutininas): anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas; ou
- Hemoglobinúria paroxística a frio: anti-IgG com teste de Donath-Landsteiner

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para todos os Medicamentos:

- Hemograma, DHL, reticulócitos e haptoglobina. **Periodicidade:** a critério médico.

Para Ciclosporina:

- Níveis Séricos de Ciclosporina. **Periodicidade:** a critério médico.
- Creatinina e pressão arterial. **Periodicidade:** Quinzenalmente nos primeiros três meses de tratamento e, após 90 dias, mensalmente se os pacientes estiverem clinicamente estáveis.

Para Ciclofosfamida, ainda:

- Hemograma com contagem de plaquetas **Periodicidade:** semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e terceiro mês, e após três meses mensalmente ou se houver mudança de doses.
- ALT/TGP, AST/TGO, GGT e Bilirrubinas **Periodicidade;** quinzenal, nos três primeiros meses, após 90 dias, mensalmente até o sexto mês, após seis meses, trimestralmente.

Para Imunoglobulina Humana:

- Creatinina e hemograma. **Periodicidade:** a critério médico.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital

HEMOBA – Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
End: Ladeira do Hospital Geral, s/nº – Vasco da gama, Salvador/BA; CEP: 40240-090
Tel: da Farmácia:3116-5671 /5606
Horário: 7h às 19h
E-mail: farmacia.@hemoba.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- D59.0 Anemia hemolítica autoimune induzida por droga
- D59.1 Outras anemias hemolíticas autoimunes

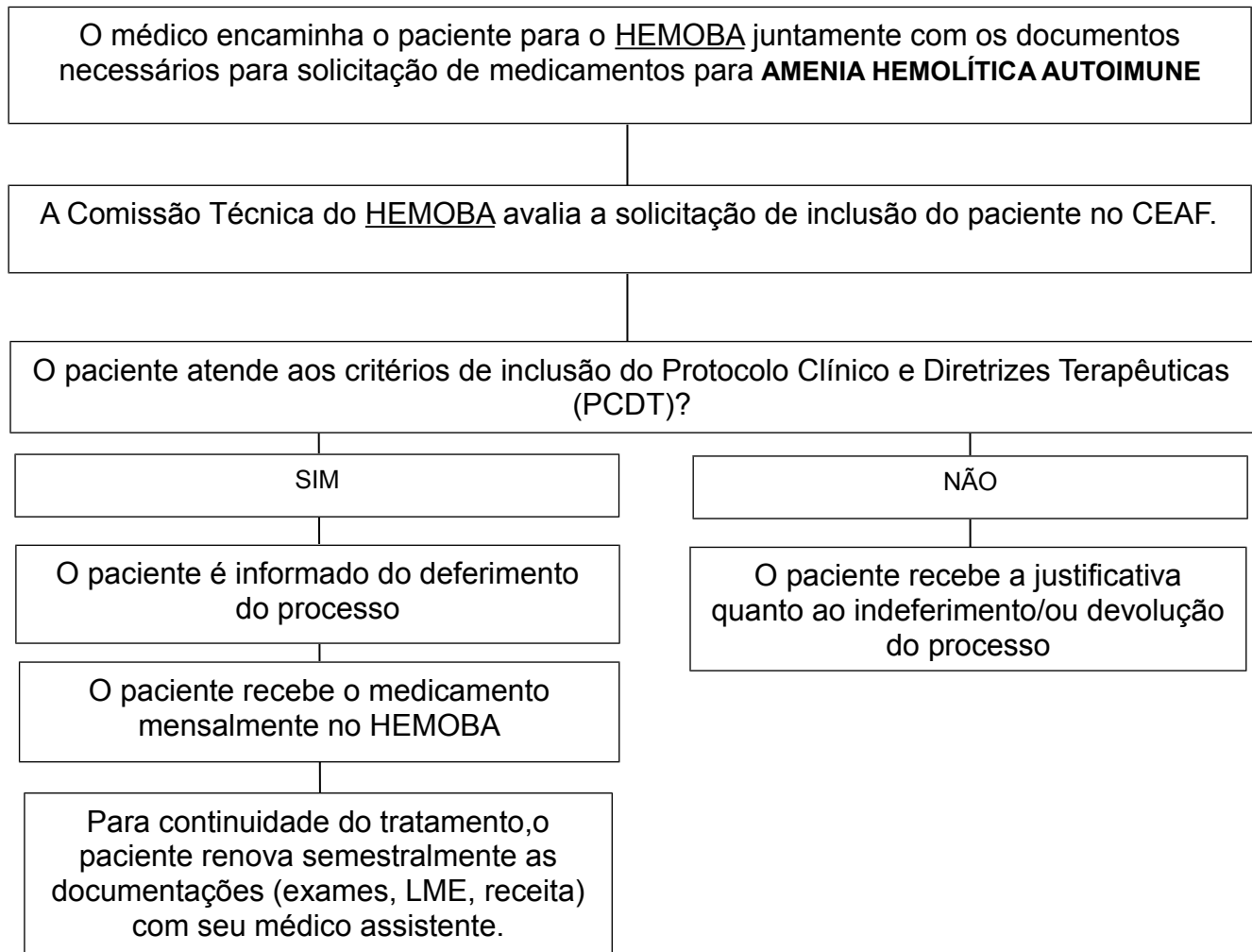
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a situação clínica do paciente.



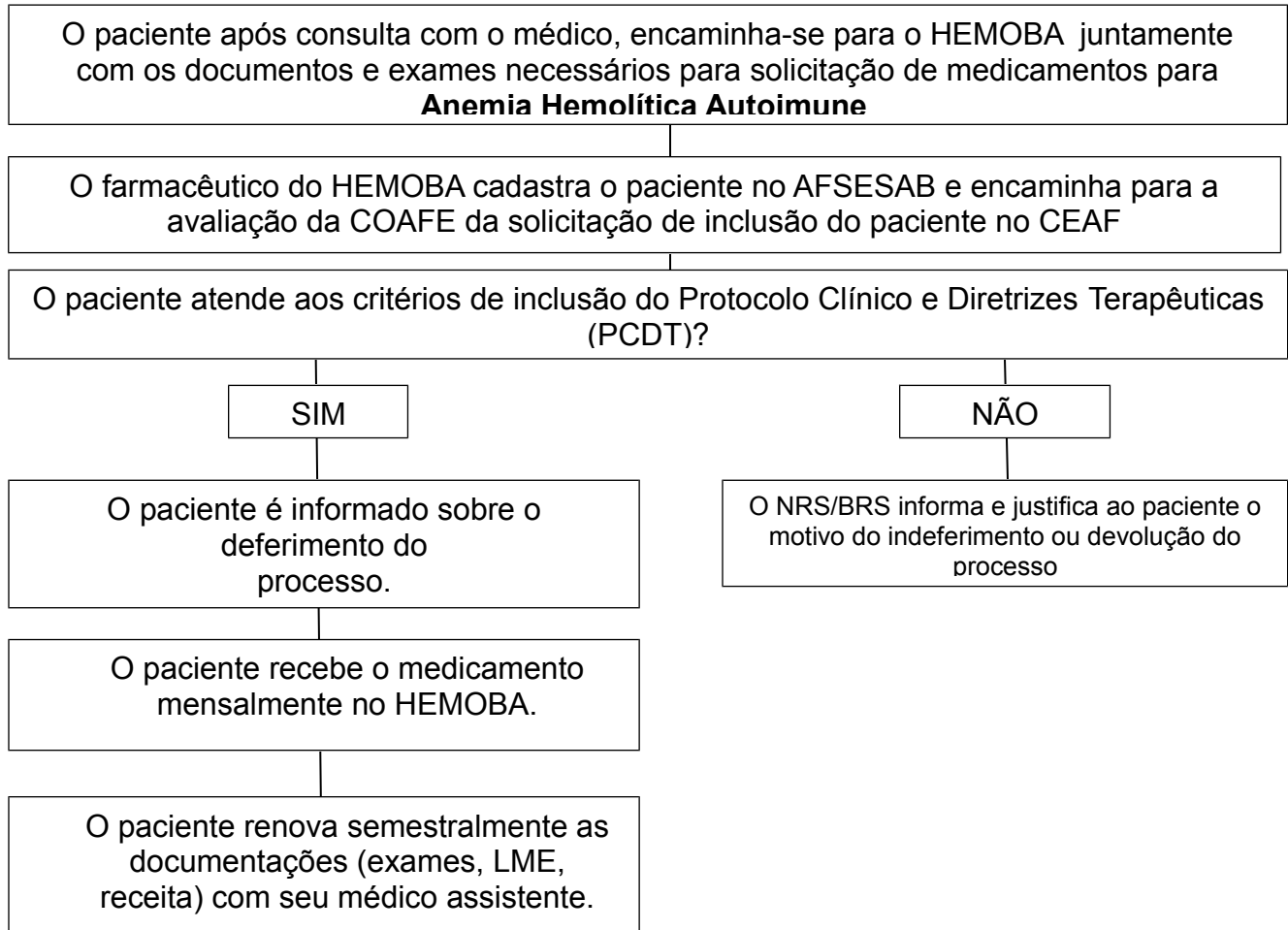
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





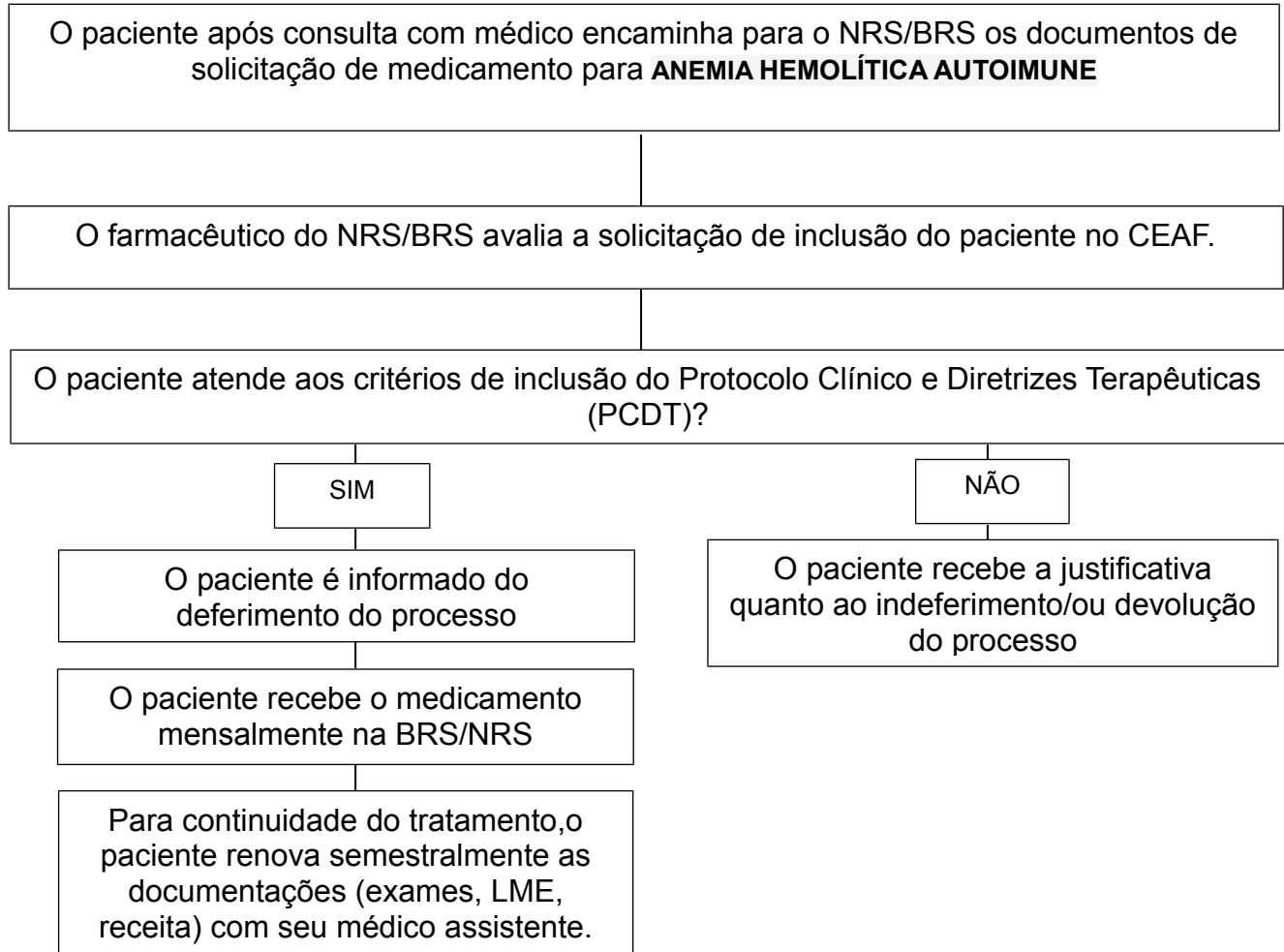
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

CICLOFOSFAMIDA





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES) -**

CICLOFOSFAMIDA e IMUNOGLOBULINA

