

RESUMO DO PCDT

PCDT de Hipoparatiroidismo - Portaria SAS/MS nº 450, de 29 de abril de 2016 e SIGTAP/SUS

Crit. Inclusão: Especial: Paciente deverá apresentar obrigatoriamente 1 (um) dos critérios abaixo:

() Pacientes com diagnóstico laboratorial de hipoparatiroidismo, definido como cálcio total, corrigido para albumina < 8 mg/dl, ou cálcio iônico < 4 mg/dl, associado a PTH sérico < 30 pg/ml

() Pacientes com resistência tecidual à ação do PTH (pseudo-hipoparatiroidismo), sugerido como dosagem sérica de cálcio total, corrigido para albumina, < 8 mg/dl ou cálcio iônico < 4 mg/dl, associado a fósforo > 5 mg/dl, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) > 60 ml/min/1,73 m² e PTH normal ou aumentado

Crit. Exclusão: Paciente será excluído caso apresente uma das condições abaixo:

() Pacientes com hipoparatiroidismo transitório ou funcional que tenham normalizado a função das paratireoides

() Pacientes com hipomagnesemia ou hipermagnesemia

() Pacientes com hipersensibilidade ou intolerância a medicamento

Crit. para suspensão de tratamento

xxxxxxx

Medicamentos - Qtd máx (dose atq) - Tempo máximo de tratamento

() 06.04.62.001-2 - ALFACALCIDOL 0,25 MCG (POR CAPSULA) - 744 - x

() 06.04.62.002-0 - ALFACALCIDOL 1,0 MCG (POR CAPSULA) - 186 - x

() 06.04.62.003-9 - CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA) - 372 - x

Exceções da regra das F.O.

xxxx

CID-10

() E20.0 Hipoparatiroidismo idiopático

() E20.1 Pseudo-hipoparatiroidismo

() E20.8 Outro hipoparatiroidismo

() E89.2 Hipoparatiroidismo pós-procedimento

Exames obrigatórios para solicitação

() Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH)

<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico
Exames para solicitação condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Cálcio iônico
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Calciúria de 24 horas
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico
<input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
Documentos obrigatórios para solicitação
<input type="checkbox"/> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Documentos para solicitação condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT
xxxxx
Documentos necessários
<input type="checkbox"/> Cópia de RG, CPF, comprovante de residência, CNS (Cartão Nacional de Saúde) do paciente;
<input type="checkbox"/> Receita médica em 2 vias (deve ser renovado TRIMESTRALMENTE junto com a LME);
<input type="checkbox"/> Relatório médico com o CID em 2 vias;
<input type="checkbox"/> LME de Solicitação de medicamentos em 2 vias (deve ser renovado TRIMESTRALMENTE)
<input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.