



Fluxo de Acesso - Endometriose
PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016

MEDICAMENTOS

- DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)
- GOSSERRELINA 10,80 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- GOSSERRELINA 3,60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- TRIPTORRELINA 11,25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- TRIPTORRELINA 3,75 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)

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; (em nome do paciente ou responsável pelo paciente).
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. ([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#); [PORTARIA 344, de 1998](#); [RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011](#) e outros).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Formulário de Acesso aos Medicamentos para Endometriose, preenchido, assinado e carimbado pelo médico.
- Relatório médico com CID-10, descrevendo sintomas, tratamento prévio e os critérios de Inclusão abaixo: 1.a) Diagnóstico de endometriose por videolaparoscopia/laparotomia com laudo descritivo (Classificação revisada da ASRM) ou resultado de exame anatomopatológico de biópsia peritoneal;
Para tratamento com danazol ou análogos do GnRH, também é necessário apresentar: b) Dor pélvica como manifestação clínica a ser tratada; c) Tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ou recidiva de sintomatologia de dor associada à endometriose.
- 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Endometriose**.



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para todos os Medicamentos:

- Laudo da Laparoscopia **ou** Laparotomia com descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM (validade 12 meses) **ou**
- Laudo do resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal. (validade 12 meses)
- Laudo da USG (S) transvaginal (is) (validade 3 meses)
- Dosagem de Ca 125 (desejável) (validade 3 meses)
- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade 1 mês)

Para Danazol Também:

- AST/TGO, (validade 3 meses)
- ALT/TGP, (validade 3 meses)
- Hemograma (validade 3 meses)
- Ureia (validade 3 meses)
- Creatinina (validade 3 meses)

Exames condicionados à situação clínica do paciente:

- Laudo da Mamografia (paciente acima de 40 anos) (validade 12 meses)
- Laudo da Colposcopia (validade 12 meses)
- Laudo da Colpocitologia (validade 12 meses)
- Laudo da Histeroscopia e/ou Histerossalpingografia (se tiver)
- Laudo da Densitometria óssea de maior de 40 anos (validade 12 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Para todos os Medicamentos Análogos do GnRH- em pacientes que forem encaminhados a serviço especializado e fizerem uso de análogos de GnRH por período maior que 6 meses devem ser avaliadas quanto ao risco de osteoporose.
- **Para Danazol, ainda:**
- AST/TGO, ALT/TGP, Hemograma, Ureia, Creatinina, **Periodicidade:** a cada 6 meses
- Ultrassonografia Transvaginal ou Pélvica **Periodicidade:** a cada 3 meses



UNIDADE DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

CEDEBA- Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/Ba.

Tel: da Farmácia: 3103-6039/6040

Horário: 8 h às 18 h

E-mail: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br

IPERBA - Instituto de Perinatologia da Bahia

End: R. Teixeira Barros, 72 - Brotas, Salvador - BA, 40279-080

Tel: 3116 - 5215

Horário: 8h às 17h

E-mail: iperba.farmacia@saude.ba.gov.br

MTB - Maternidade Tsylla Balbino

End: Ladeira Quintas dos Lázaros, S/N - Baixa de Quintas, Salvador - BA, 40300-415

Tel: (71)3233 - 2786

Horário: 8h às 17h

E-mail: sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br

MAS - Maternidade Albert Sabin

End: Estr. do Coqueiro Grande, s/n - Cajazeiras, Salvador - BA, 41340-855

Tel: (71) 3395 – 2631/2716

Horário: 8h às 17h

E-mail: sesab.masabin@saude.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)

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

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/>



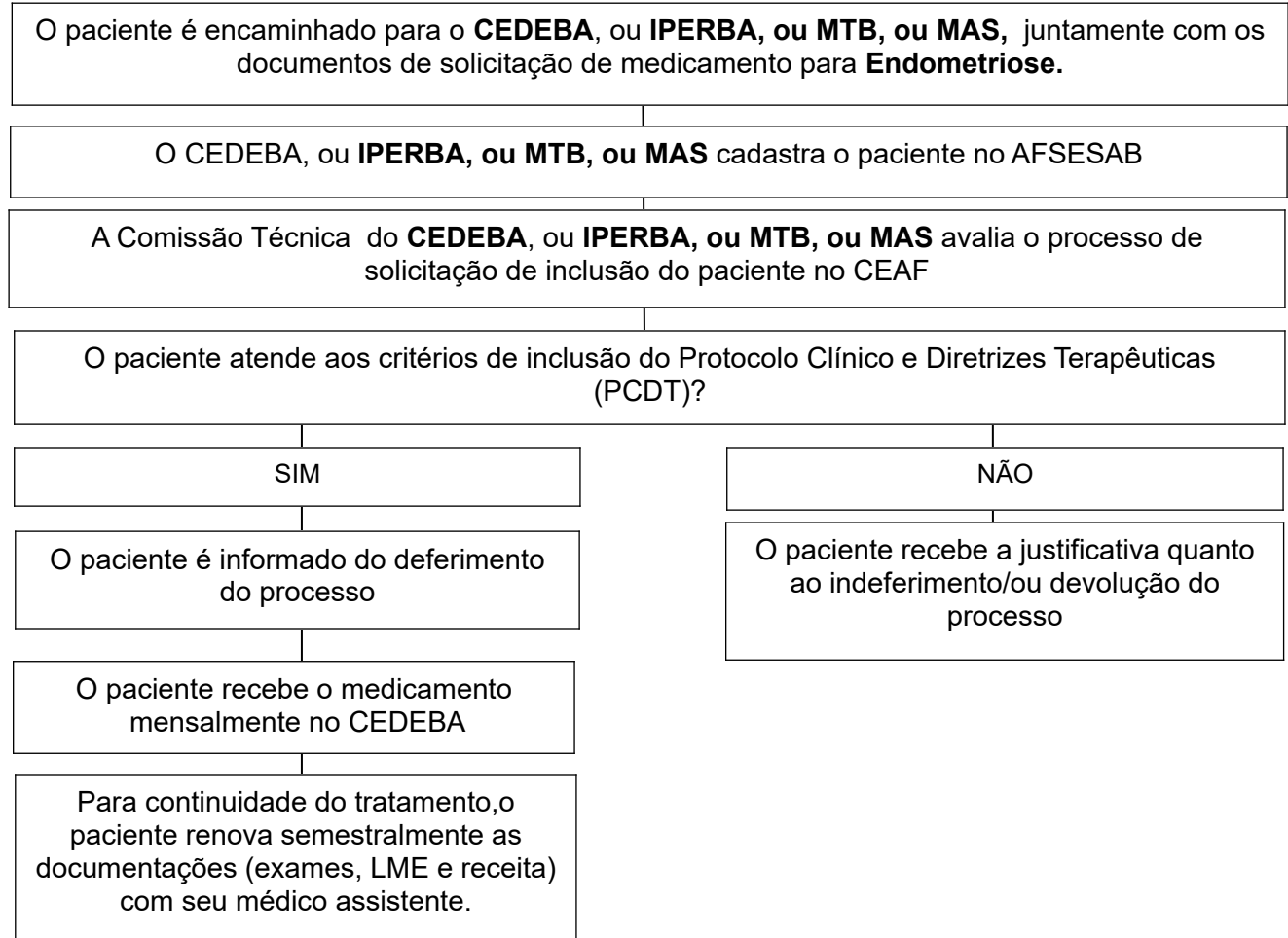
OBSERVAÇÕES

- **Os Medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.**
- O paciente poderá responsabilizar outra pessoa para retirada mensal do medicamento no CEDEBA, desde que haja uma Procuração de Autorização. Além disso, o paciente deverá assinar ao Termo de Recebimento, informando que recebeu o medicamento.
- O portador da procuração deverá ter em mãos no momento da retirada do medicamento cópia da identidade do paciente e cópia de sua identidade, cartão de aprazamento do paciente, procuração de autorização e cópia do cartão SUS do paciente.
- A Comissão Técnica do CEDEBA poderá solicitar a presença do paciente para avaliação clínica e/ou laboratorial complementar nos casos em que julgarem necessário.

Especialidade Médica: Ginecologista e Obstetra



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





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

