

Fluxo de Acesso
Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº10, DE 13 DE SETEMBRO DE 2024.

MEDICAMENTOS

- DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
- SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG (POR COMPRIMIDO)
- SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG (POR COMPRIMIDO)

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 do responsável pelo paciente), caso o comprovante esteja em nome de Terceiros, preencher o formulário.
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente (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; preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Formulário de Acesso aos medicamentos, preenchido, carimbado e assinado pelo médico do paciente. **(Caso o Formulário contenha todas as informações necessárias para que ocorra a avaliação, não será obrigatório o relatório médico).**
- Relatório médico com CID-10, informando:
 - 1.Idade do paciente
 - 2. Diagnóstico de IC de acordo com os critérios de Boston e Framingham
 - 3. Classificação da IC conforme NYHA (New York Heart Association).
 - 4. História Clínica do paciente.
 - 5. OBS: Caso as informações acima não estejam claras em relatório médico, será solicitado o preenchimento do Formulário dos critérios de Boston e Framingham (formulário preenchido, carimbado e assinado pelo médico responsável.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames Obrigatórios para sacubitril/valsartana:

- Ecocardiografia (validade indeterminada)
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade um mês)
- Ureia (validade 3 meses)
- Creatinina (validade 3 meses)
- Potássio Sérico (validade 3 meses)
- Dosagem sérica de BNP **ou** a sua porção N-terminal (NT-proBNP) (validade indeterminada)

Exames Obrigatórios para Dapagliflozina:

- Ecocardiografia (validade 12 meses)
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade um mês)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Acompanhamento clínico. **Periodicidade:** a cada 12 meses
- Exames Laboratoriais: Ureia, Creatinina, Potássio Sérico
- **Periodicidade:** a cada 12 meses

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

HAN - Hospital Ana Nery

End: R. Saldanha Marinho, s/nº - Caixa D'agua, Salvador – BA, CEP 40320-010

Tel: da Farmácia: 3117-1877/1863 Horário: 7:30h às 16:30h

E-mail: farmacia.renais@gmail.com

HGRS – Hospital Geral Roberto Santos

End: Rua direta do Saboeiro, s/n, Cabula, Salvador - BA, CEP 40301-110

Tel da Farmácia: (71) 3103-8924

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia (Dapagliflozina)

Parque Solar Boa vista

End: Rua Almirante Alves Câmara, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40301-110

Tel; da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 8h às 18h

E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (Dapagliflozina)

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/ Bahia, 41820-000.

Tel: da Farmácia: (71) 3103-6139

Horário: 7h às 19h

E-mail: creasi.farmacia@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)**

I50.0 Insuficiência cardíaca congestiva

I50.1 Insuficiência ventricular esquerda

I50.9 Insuficiência cardíaca não especificada

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

Para uso do medicamento sacubitril/valsartana:

- **Estão incluídos apenas 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 $\leq 35\%$ e idade inferior a 75 anos de idade.**
- **A dose inicial recomendada é de 50 mg duas vezes ao dia. Em pacientes com uso prévio de altas doses de IECA ou ARA II e pressão arterial preservada (acima de 100 mmHg), a dose inicial recomendada é de 100 mg duas vezes ao dia. As doses devem ser progressivamente aumentadas a cada 2 a 4 semanas, acompanhadas de monitoramento da função renal e eletrólitos e hipotensão, até a dose alvo de 200 mg duas vezes ao dia.**

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

Para uso de Dapagliflozina

Paciente com Insuficiência Cardíaca, comparece a Farmácia do Hospital Ana Nery - **HAN**, ou à Farmácia do **HGRS (Apenas os pacientes cadastrados no HGRS)**, ou à Farmácia do **CREASI (Apenas os pacientes > de 60 anos de idade, cadastrados e com atendimento médico no CREASI, apresentando todos os documentos juntamente com LME e receita médica apenas com Dapagliflozina)**. Ou também poderão comparecer à farmácia do **CIMEB** (pacientes com Insuficiência Cardíaca, da Capital e Região Metropolitana que não estejam cadastrados em nenhuma Unidade de Saúde acima, com LME e receita médica apenas com Dapagliflozina) juntamente com os documentos e exames necessários à solicitação de medicamento para **insuficiência Cardíaca com Fração na Ejeção Reduzida**.

A equipe do HAN (pacientes cadastrados no HAN), HGRS (pacientes cadastrados no HGRS), CREASI (pacientes > de 60 anos de idade, cadastrados e com atendimento médico no CREASI), ou CIMEB (Pacientes com LME e receita apenas com dapagliflozina), cadastra o(a) paciente no AFSESAB, e **avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF de acordo com o PCDT**.

O(a) paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O(a) paciente é informado do deferimento do processo.

O(a) paciente recebe o medicamento na Unidade onde fez seu cadastramento, HAN/ HGRS/CREASI/ CIMEB

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME) com seu médico assistente.

NÃO

O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo

Para uso de Sacubitril/Valsartana

Paciente com Insuficiência Cardíaca comparece ao Hospital Ana Nery - **HAN** ou ao Hospital Geral Roberto Santos - **HGRS**, juntamente com os documentos e exames necessários para solicitação de medicamentos para **Insuficiência Cardíaca com Fração na Ejeção Reduzida**.

A equipe do HAN ou HGRS cadastra o paciente no AFSESAB, e **avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF de acordo com o PCDT**.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O paciente é informado do deferimento do processo.

O paciente recebe o medicamento no HAN ou HGRS.

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME e receita) com seu médico assistente.

NÃO

O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo

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

