

Fluxo de Acesso – Hipertensão Arterial Pulmonar
PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023.

MEDICAMENTOS

- AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- BOSENTANA 62,5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- BOSENTANA 125MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL. PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)
- SELEXIPAGUE 200 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 400 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 600 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 800 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1000 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1200 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1400 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1600 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 200 MCG(TITULAÇÃO DE DOSE) (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 800 MCG (TITULAÇÃO DE DOSE) (POR COMPRIMIDO)
- SILDENAFILA 20 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 responsável legal)
- 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 Médico Obrigatório, adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico (anexar exames complementares se houver que comprovem o diagnóstico); OU
- Relatório médico com CID-10, confirmando HAP Grupo 1 e Classe Funcional II, III ou IV na classificação da NYHA/OMS e anexar exames complementares que comprovem o diagnóstico;
Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Hipertensão Arterial Pulmonar**.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para Todos Medicamentos:

- Cateterismo cardíaco direto. (validade indeterminada)
- Ecocardiograma (para os casos de impossibilidade de realizar teste de caminhada) (validade indeterminada)
- Teste de Vaso reatividade para HAP hereditária, idiopática e/ou induzida por drogas.

Exames Laboratoriais:

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

Para Ambrisentana e Bosentana acrescentar também;

- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).

Exames Complementares que indiquem a presença de HAP ou descarte doenças preexistentes, se necessário, a critério médico:

- Cintilografia de inalação/perfusão (validade indeterminada) ou;
- Eletrocardiograma (validade indeterminada) ou;
- Espirometria (validade indeterminada) ou;
- Gasometria arterial (validade indeterminada) ou;
- Polissonografia (validade indeterminada) ou;
- Prova de função pulmonar e oximetria (validade indeterminada) ou;
- Radiografia de tórax (validade indeterminada) ou;
- Tomografia do Tórax (validade indeterminada) ou;
- Ultrassonografia de abdome (validade indeterminada)

EXAMES DE MONITORAMENTO

Os pacientes com HAP devem ser submetidos à avaliação clínica periódica com equipe de serviço especializado ou de centro de referência (pneumologistas, cardiologistas e reumatologistas, quando necessário) a cada 3 a 6 meses.

Após 3 a 6 meses do início do tratamento, os pacientes devem ser novamente estratificados, utilizando a ferramenta simplificada do registro francês (Quadro 4 do PCDT) ou outra ferramenta de estratificação de risco da preferência do médico.

Para Ambrisentana e Bosentana:

AST/TGO e ALT/TGP: antes do início do tratamento, mensalmente no primeiro ano e, após, trimestralmente. (Se 3x acima do limite de normalidade suspender o uso). - Hemograma: mensal durante 4 meses. Após, exame trimestral.

Para Iloprosta:

O uso de Iloprosta deve ser interrompido imediatamente em pacientes com pressão arterial sistólica inferior a 85 mmHg.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana:

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis , s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240

Tel: da Farmácia: 3116-4935/3117-1645

Horário: 7h às 18h

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

HEOM - Hospital Especializado Octávio Mangabeira

End: Praça Conselheiro João Alfredo, s/nº - Pau Miúdo, Salvador – BA, 40320-350

Tel: da Farmácia: 3117-1719/1711

Horário: 7h às 18h

E-mail: farmacia@heom.com.br

HUPES - Hospital Universitário Professor Edgard Santos

End. R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060

Telefone:(71) 3283-8000

Interior

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

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

-I27.0 Hipertensão arterial pulmonar primária (HAPI)

-I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária

-I27.8 Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/ síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAPI e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HAP.

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

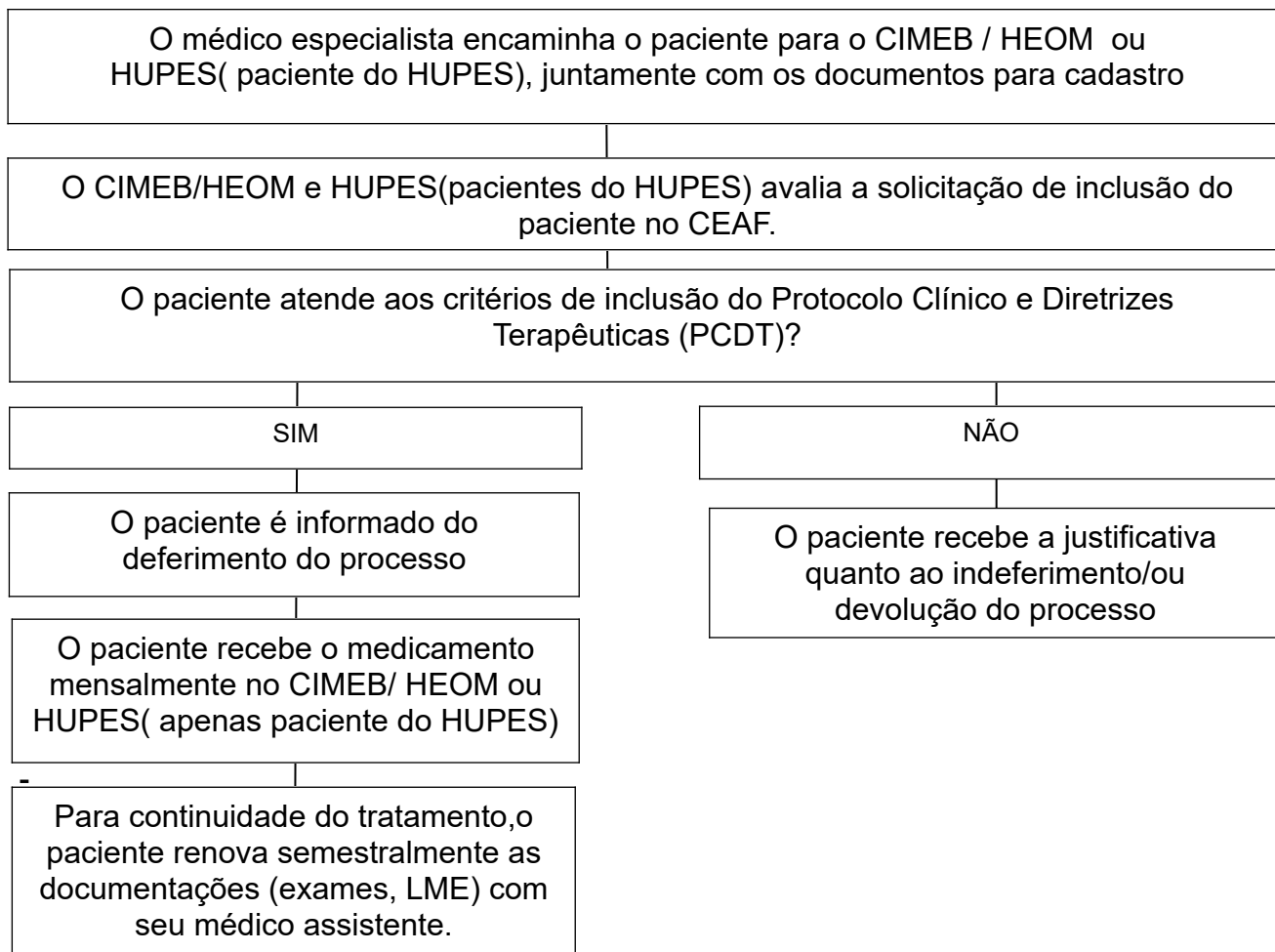
À exceção da HAPI e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HAP.

Especialidade Médica

Pneumologista, Cardiologista e Reumatologista

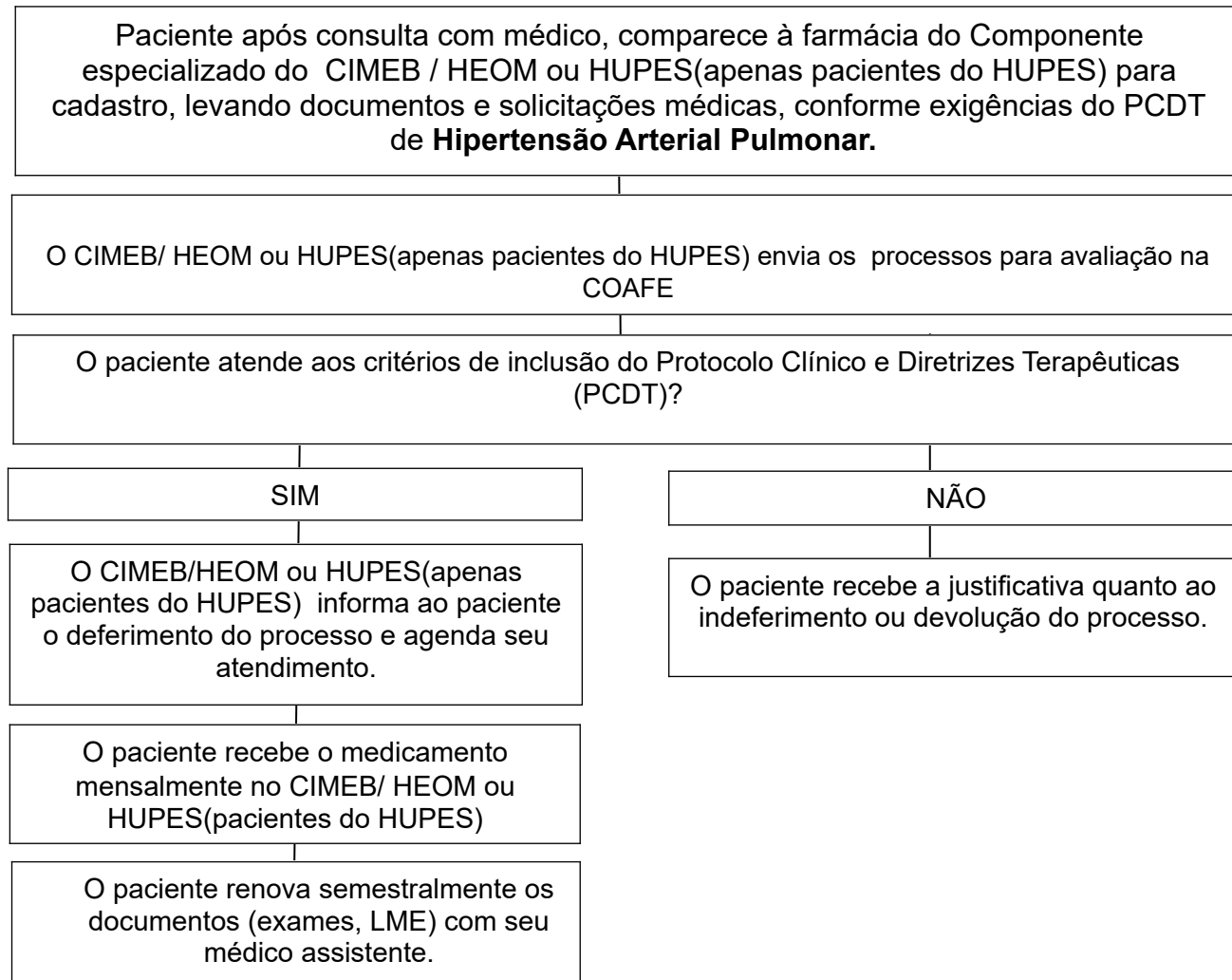
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

SILDENAFILA



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

AMBRISENTANA / BOSENTANA/ ILOPROSTA/SELEXIPAGUE



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

Todos os Medicamentos

