

Fluxo de Acesso

Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria
PORTARIA CONJUNTA Nº 04, de 10 de janeiro de 2019

MEDICAMENTOS

- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)
- FILGRASTIM 300 MCG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)
- MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)
- SIROLIMO 1 MG (POR DRÁGEA)
- SIROLIMO 2 MG (POR DRÁGEA)
- TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)
- TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)

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)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), 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.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: História clínica do paciente e a data do transplante.
1. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria**.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

- Exames histológicos (biópsia hepática com sinais de rejeição) (validade indeterminada)
- Dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (validade 3 meses)
- Dosagem de Bilirrubina Direta (validade 3 meses)
- Dosagem de Bilirrubina Indireta (validade 3 meses)
- Dosagem de Bilirrubina Total (validade 3 meses)
- Dosagem de Fosfatase Alcalina (validade 3 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para todos os medicamentos

- AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, Bilirrubinas, Fosfatase Alcalina, Ureia e Creatinina.
Periodicidade: a critério médico

Para Azatioprina, ainda:

- Hemograma. Periodicidade: 1ª semana após o início do tratamento e após aumento de dose.

Para Ciclosporina, ainda:

- Níveis Séricos de Ciclosporina, Potássio sérico **Periodicidade:** a critério médico

Para Sirolimo, ainda:

- Níveis Séricos de Sirolimo 5-10 ng/mL. Em caso de aumento de dose.
Periodicidade: a critério médico

Para tacrolimo, ainda:

- Níveis Séricos de Tacrolimo na Imunossupressão Primária (manutenção) e na rejeição.
Periodicidade: a critério médico

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: 3116-4935/31171645

Horário: 7h às 18h

E-mail: cimeb@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)

Z94.4 Transplante hepático

T86.4 Falência ou rejeição de transplante de fígado

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

- **Paciente deverá ser atendido em serviço especializado integrante do sistema Nacional de Transplantes.**
- **Pacientes oriundos de outras unidades precisam apresentar: LME; Prescrição; Relatório médico (com informações dos últimos medicamentos que fez uso e sobre a situação clínica).**
- **Pacientes de outros estados solicitaremos informações para Central de transplantes se já houve encerramento da APAC (no estado onde foi iniciado o tratamento).**

O CEAF disponibilizará o Ganciclovir 250 mg cápsulas

Fluxo do Ganciclovir 250 mg(cápsulas) para pacientes Transplantados.

Pacientes Trasplantados em uso de Ganciclovir, serão atendidos pelo CEAF mediante um Relatório Médico detalhado, (informando que o paciente apresenta o Citomegalovirus), datado, assinado e carimbado pelo médico.

Prescrição médica com dosagem e posologia, datada, assinada e carimbada pelo médico.

O fluxo será o seguinte:

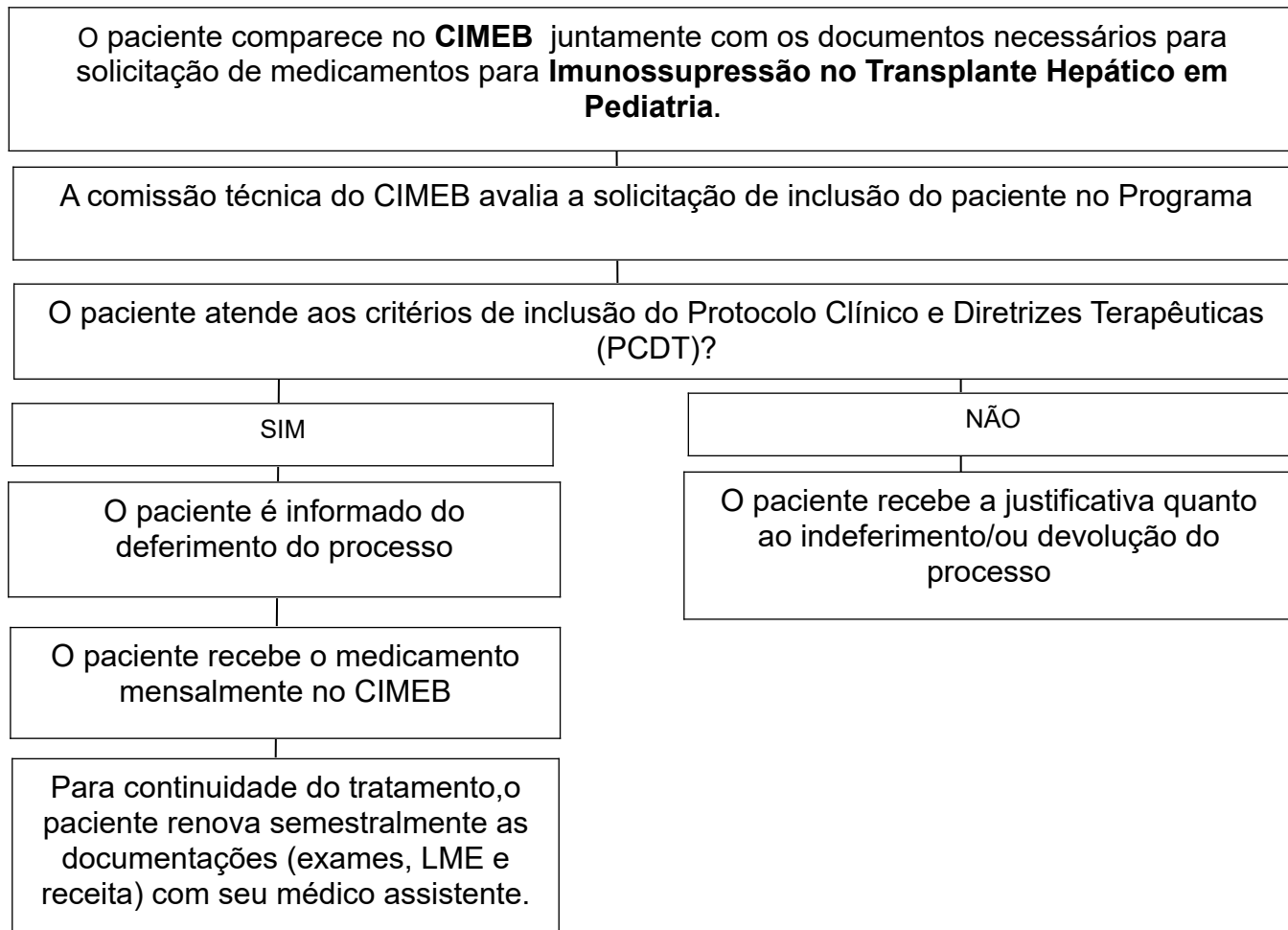
O paciente comparece ao CIMEB para cadastramento da solicitação do medicamento.

CIMEB encaminha a solicitação do paciente por e-mail para avaliação da COAFE

Se deferido, a COAF informa o deferimento ao CIMEB e encaminha o pedido para aquisição do medicamento ao setor de compras da DASF.

O paciente recebe o medicamento no CIMEB.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

