

Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Hepatite Autoimune
PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 9 DE MAIO DE 2018.

MEDICAMENTOS

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO) |
|--|

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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 (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 pacienteFormulário de acesso ao medicamento para Hepatite Autoimune, preenchido, assinado e carimbado pelo médico. OURelatório médico com CID-10, informando detalhadamente: 1. Sinais e sintomas com descrição do escore ERDHA1. 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Hepatite Autoimune. |
|---|

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para Todos os Casos:

- Biopsia Hepática; (validade indeterminada)
- Beta HCG (mulheres em idade fértil) (validade 3 meses)
- Hemograma Completo (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)
- AST/TGO (validade 3 meses)
- Dosagem de gamaglobulina sérica (validade 6 meses) **ou**
- Dosagem de Imunoglobulina G – IgG (validade 6 meses)
- Dosagem de anti-HAV IgM (validade 12 meses)
- Fator Anti-nuclear (FAN) **ou** anti-LKM1 (validade indeterminada)
- Fosfatase Alcalina, (validade 3 meses)
- Dosagem do Anticorpo Anti Mitocôndrial (validade 12 meses)
- Dosagem de HBsAg (validade 12 meses)
- Dosagem de anti-HBc total (validade 12 meses)
- Dosagem de HCV (validade 12 meses)
- Dosagem de HCV-RNA (Qualitativo) (validade 12 meses)
- Dosagem de Bilirrubinas (validade 3 meses)

Exames condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT (a critério médico).

- Dosagem de Anticorpo anti-músculo liso (AML) (validade 12 meses)
- Dosagem do antígeno HLA DR3 (validade 12 meses)
- Dosagem do antígeno HLA DR7 (validade 12 meses)
- Dosagem do anti-SLA/LP (validade 12 meses)
- Dosagem de anticorpos anti-neutrófilos padrão perinuclear (ANCAp) (validade 12 meses)
- Dosagem de anti-ASGPR (validade 12 meses)
- Dosagem de anti-LC1 (validade 12 meses)
- Dosagem de anti-sulfatide (validade 12 meses)
- Dosagem de anticorpos contra o vírus Epstein-Barr (monoteste) (validade 12 meses)
- Dosagem de anticorpos contra o Citomegalovírus (validade 12 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma. **Periodicidade:** semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e no terceiro meses e, após, Mensalmente
- AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade:** mesma periodicidade dos hemogramas nos primeiros 6 meses e, após, Trimestralmente.

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 40.240-550

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 07 às 18:00 horas

Interior

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

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

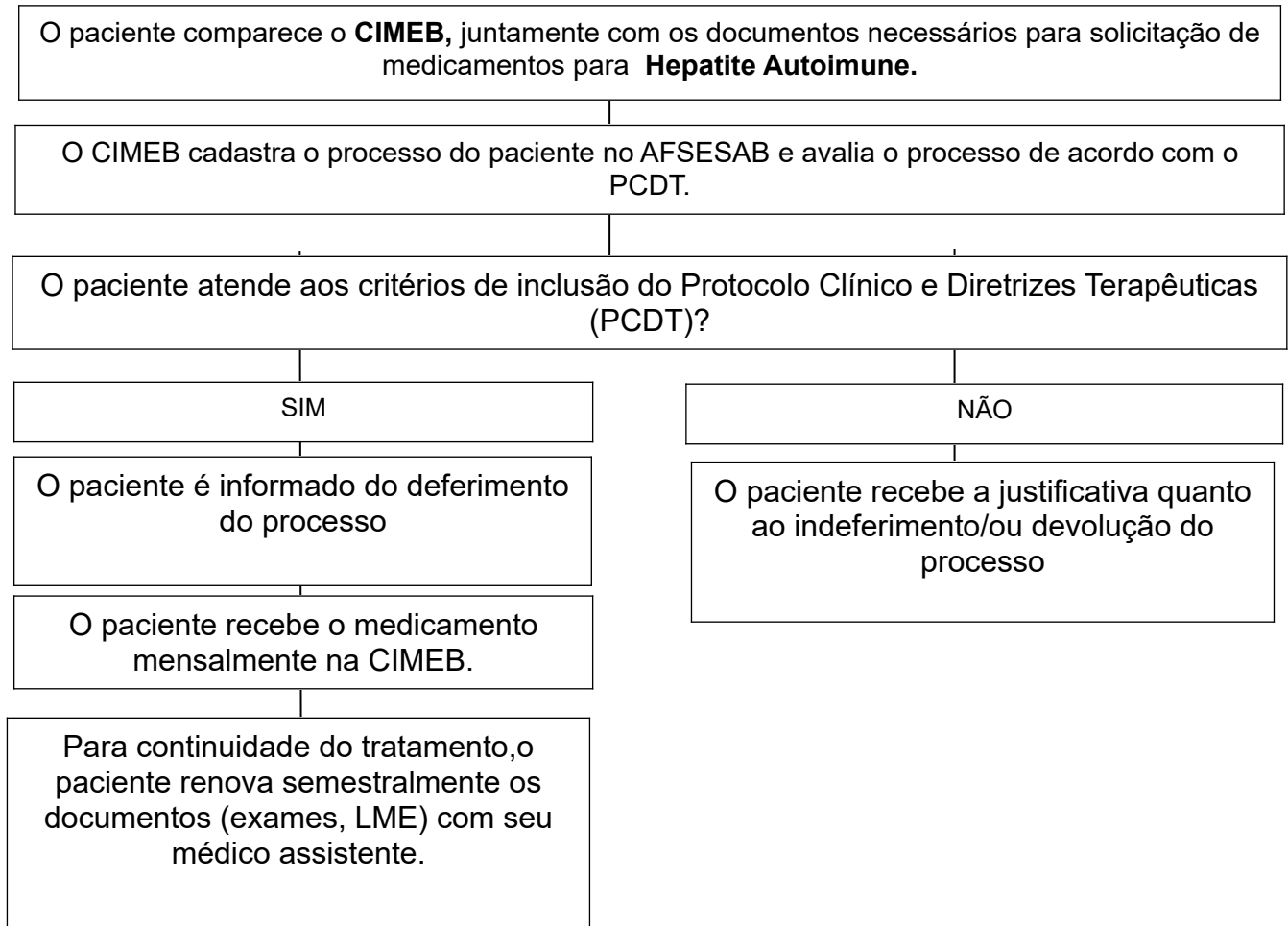
K75.4 Hepatite autoimune

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

- Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso do medicamento.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

