

**FLUXO DE ACESSO - HIDRADENITE SUPURATIVA
PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019**

MEDICAMENTOS

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR)

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 Responsabilidade e Esclarecimento, preenchido, assinado e carimbado pelo médico;
- Formulário de Acesso ao Medicamento pra Hidradenite Supurativa, preenchido, assinado e carimbado pelo médico.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados:
 - 1.Classificação e estadiamento da doença pelo Estágios de Hurley ou *International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4)* - ver **PCDT de HIDRADENITE SUPURATIVA**.
 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **HIDRADENITE SUPURATIVA**. (Infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmosse disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas; tuberculose ativa e latente; insuficiência cardíaca New York Heart Association (NYHA) III e IV; gravidez).

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames Laboratoriais:

- Hemograma com plaquetas, (validade de 3 meses)
- TGP/ALT, (validade de 3 meses)
- TGO/AST, (validade de 3 meses)
- Fosfatase Alcalina, (validade de 3 meses)
- Gama-GT, (validade de 3 meses)
- Velocidade de Hemossedimentação (VHS), (validade de 3 meses)
- Proteína C reativa (PCR), (validade de 3 meses)
- Anti-HBC, (validade de 12 meses)
- HBsAg, (validade de 12 meses)
- Anti-HCV, (validade de 12 meses)
- Anti-HIV, (validade de 12 meses)
- PPD ou IGRA(em caso de TB ativa ou necessidade de tratamento da ILTB, encaminhar laudo da equipe de saúde assistente informando sobre o tratamento, de acordo com o manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, e prazo para início do MMCD biológico ou MMCD-sae.
- Laudo do Raio X de Tórax (validade de 12 meses)
- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).

Exames condicionados à situação clínica do paciente (não são obrigatórios, mas podem ser solicitados pelo avaliador):

- Cultura microbiológica de amostras do abscesso e exsudato e o teste de sensibilidade aos antimicrobianos (exames recomendados sempre que houver sinais de infecção secundária)
- Ultrassonografia de pele com transdutor de alta frequência ou ressonância magnética.

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma com plaquetas, TGP/ALT, TGO/AST **Periodicidade:** a cada 6 meses,
- Solicitar exames para hepatite se apresentar aumento do teste da função hepática.
- Avaliação da resposta ao tratamento a partir da ferramenta Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR):
 - Com redução < 25% pelo HiSCR: após 12 semanas, da contagem total de abscessos e de nódulos inflamatórios, sem aumento de abscessos e de fístulas com drenagem: suspender o tratamento.
 - Com redução de 25% a 50% pelo HiSCR, recomenda-se continuar o tratamento e reavaliar depois de 3 meses.Após 12 semanas, se não houver resposta ao tratamento a continuação da terapia deve ser avaliada.
REAVALIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo de renovação deve ser encaminhado para Reavaliação.

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 40240-550

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 8h 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)

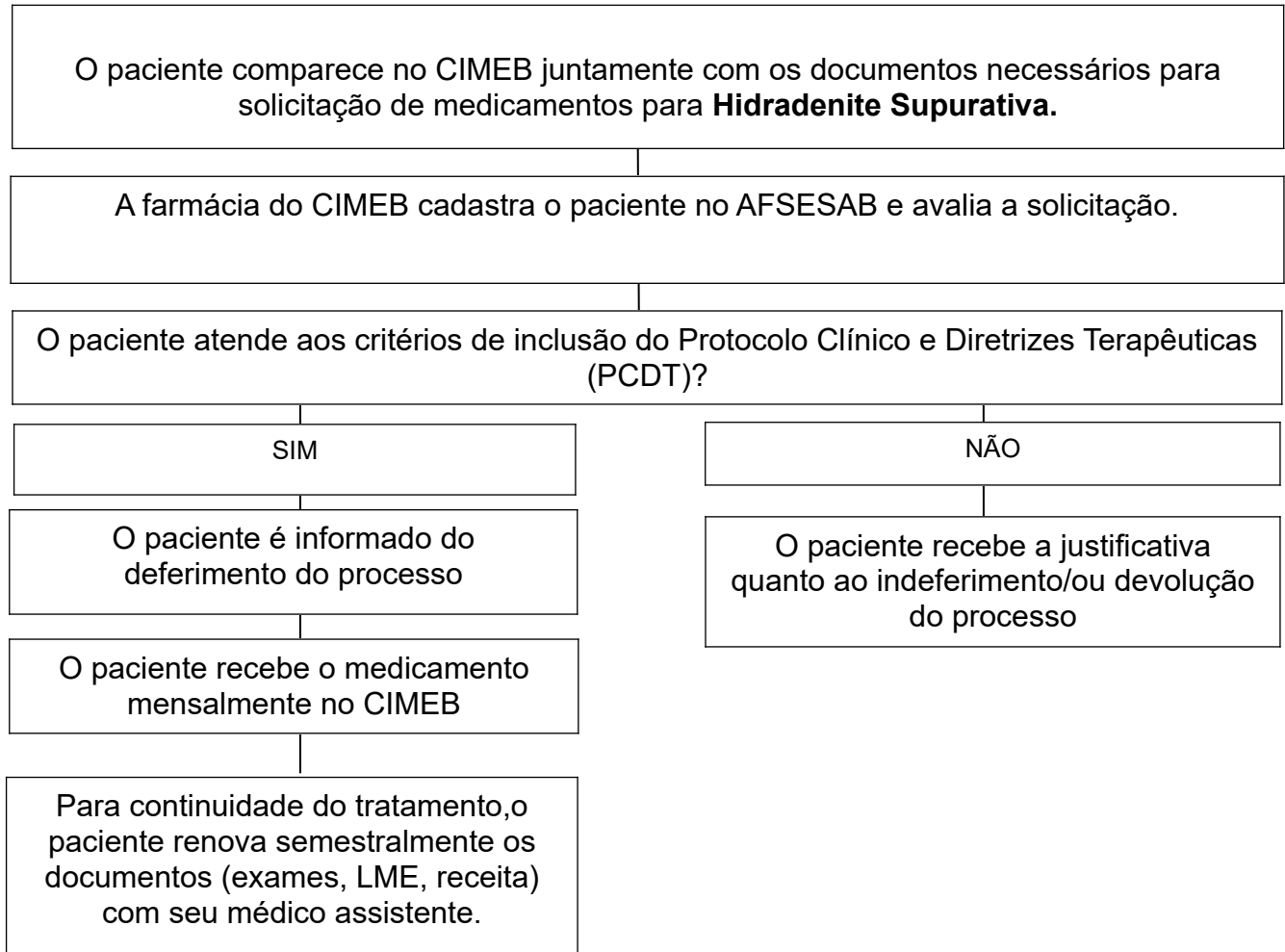
L73.2 – Hidradenite Supurativa

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

- O Adalimumabe é indicado para pacientes adultos com HS ativa moderada a grave que falharam a terapia com antibióticos sistêmicos ou que apresentam intolerância ou contraindicação aos antibióticos sistêmicos.
- Recomenda-se o encaminhamento para o Dermatologista de pacientes com HS refratária ou estágio de Hurley II e III26–29, conforme definido no item 4. Classificação do PCDT.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

