



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)  
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

**Fluxo de Acesso**  
**Anemia Hemolítica Autoimune**  
**PORTARIA CONJUNTA Nº 27, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2018.**

**MEDICAMENTOS**

- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRÁGEA)
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

**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 de Acesso aos medicamentos para Anemia Hemolítica Autoimune preenchido, assinado e carimbado pelo médico.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: História Clínica do paciente de acordo com o PCDT. 1. (Pacientes que preencherem todos os critérios abaixo: • Hemograma com anemia pelo menos moderada (Hb abaixo de 10 g/dl); • Teste de Coombs direto positivo; • Comprovação laboratorial de hemólise demonstrada por reticulocitose ou aumento de desidrogenase láctica ou redução da haptoglobina. Será necessária, ainda, a identificação do subtipo que, para o diagnóstico, deve preencher um dos critérios abaixo: • Anemia por anticorpos quentes: apresentar detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA; • Doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40; • Hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.  
2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Anemia Hemolítica Autoimune.**

### EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

**Todos os medicamentos:**

- Hemograma (validade 3 meses)
- Teste de Coombs direto (validade 3 meses)
- Contagem de reticulócitos ou LDH (desidrogenase láctica) ou haptoglobina

**Para Identificação do subtipo:**

- Anemia por anticorpos quentes: anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA; **ou**
- Doença das aglutininas a frio (Crioaglutininas): anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas; **ou**
- Hemoglobinúria paroxística a frio: anti-IgG com teste de Donath-Landsteiner

**Para Ciclosporina e Ciclofosfamida, ainda:**

- ALT/TGP, (validade 3 meses)
- AST/TGO, (validade 3 meses)
- GGT (validade 3 meses)
- Creatinina Sérica (validade 3 meses)
- Hbs-Ag (validade 3 meses)
- Anti-HCV (validade 1 ano)
- Anti-HIV (validade 1 ano)
- B-HCG Sérico (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade 1 mês)
- Rx de tórax (laudo) (validade 1 ano)
- 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 MMCDsae.

**Para Imunoglobulina, ainda:**

- Creatinina sérica (validade 3 meses)

### EXAMES DE MONITORAMENTO

**Para todos os Medicamentos:**

Hemograma, HDL, reticulócitos e heptoglobina, **Periodicidade:** a critério médico.

**Para Ciclosporina:**

- Níveis Séricos de Ciclosporina. **Periodicidade:** a critério médico.
- Creatinina e pressão arterial. **Periodicidade:** Quinzenalmente nos primeiros três meses de tratamento e, após 90 dias, mensalmente se os pacientes estiverem clinicamente estáveis.

**Para Ciclofosfamida, ainda:**

- Hemograma com contagem de plaquetas **Periodicidade:** semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e terceiro mês, e após três meses mensalmente ou se houver mudança de doses.
- ALT/TGP, AST/TGO, GGT e Bilirrubinas **Periodicidade;** quinzenal, nos três primeiros meses, após 90 dias, mensalmente até o sexto mês, após seis meses, Trimestralmente.

**Para Imunoglobulina Humana:**

- Creatinina e Hemograma. **Periodicidade:** a critério médico.



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**SAFTEC**)  
Diretoria de Assistência Farmacêutica (**DASF**)  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**COAFE**)

## UNIDADES DE REFERÊNCIA

### Capital e Região Metropolitana

**Centro Estadual de Referência às Pessoas com Doença Falciforme- RILZA VALENTIM**

Endereço, Avenida Centenario no 801, Garcia, Salvador Bahia.

Contatos Telefônicos: (71) 3339-6000/ (71) 3339-6027/ (71) 3339-6028

Horário de atendimento:

segunda a sexta-feira, das 07:00 horas as 17:00 horas (exceto feriados)

E-mail: [fatima.souto@hemoba.ba.gov.br](mailto:fatima.souto@hemoba.ba.gov.br)

**Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES (apenas para os pacientes cadastrados no HUPES)**

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

Telefone: (71) 3646-3400

Horário: 07:00 às 19:00 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)

**D59.0 Anemia hemolítica autoimune induzida por droga**

**D59.1 Outras anemias hemolíticas autoimunes**

**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

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a situação clínica do paciente.

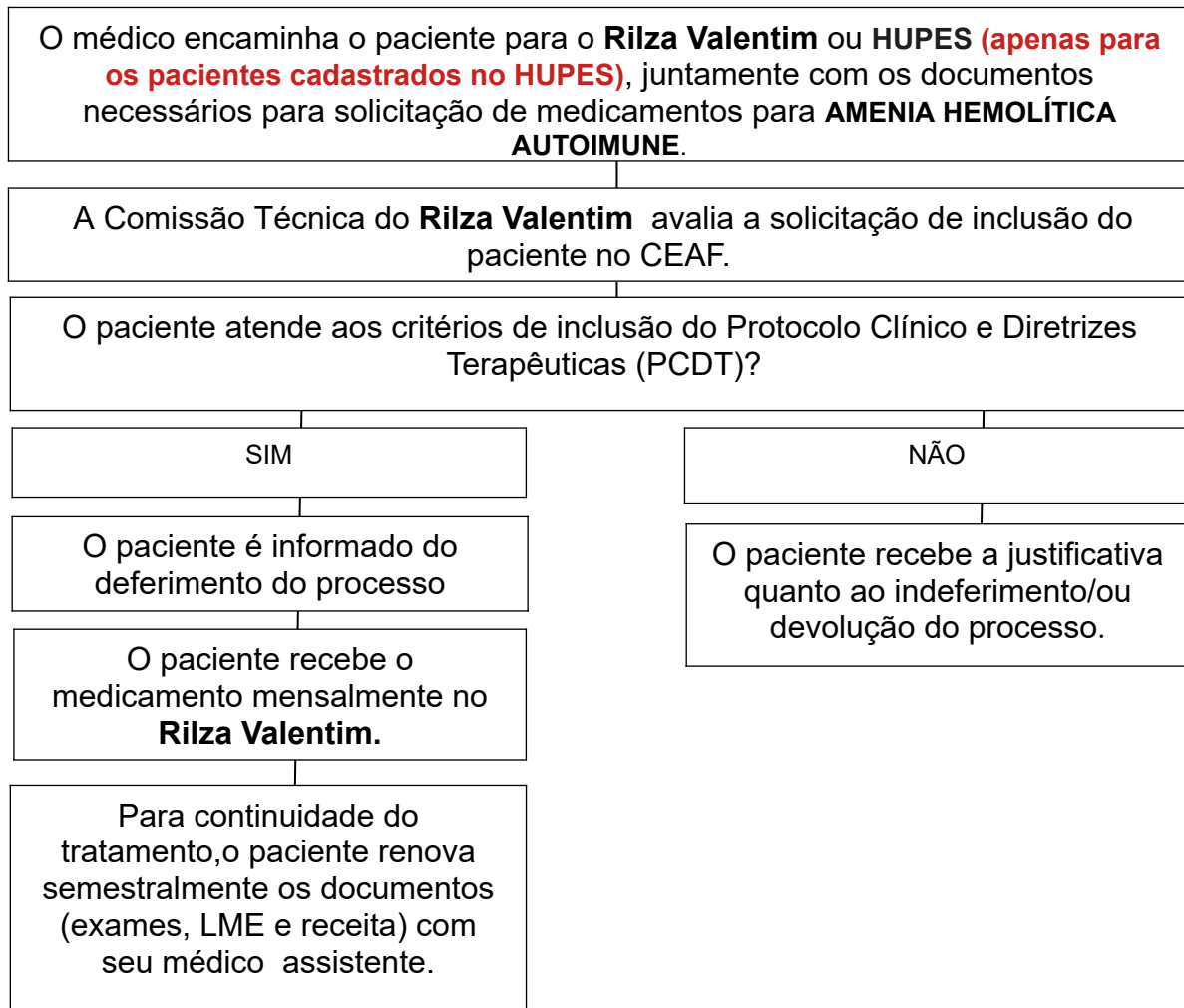
### **Atenção:**

Solicitações de imunoglobulina deferidas através do CEAF não podem ser faturadas via AIH no hospital onde ocorrerá a infusão.

### **Especialidades:**

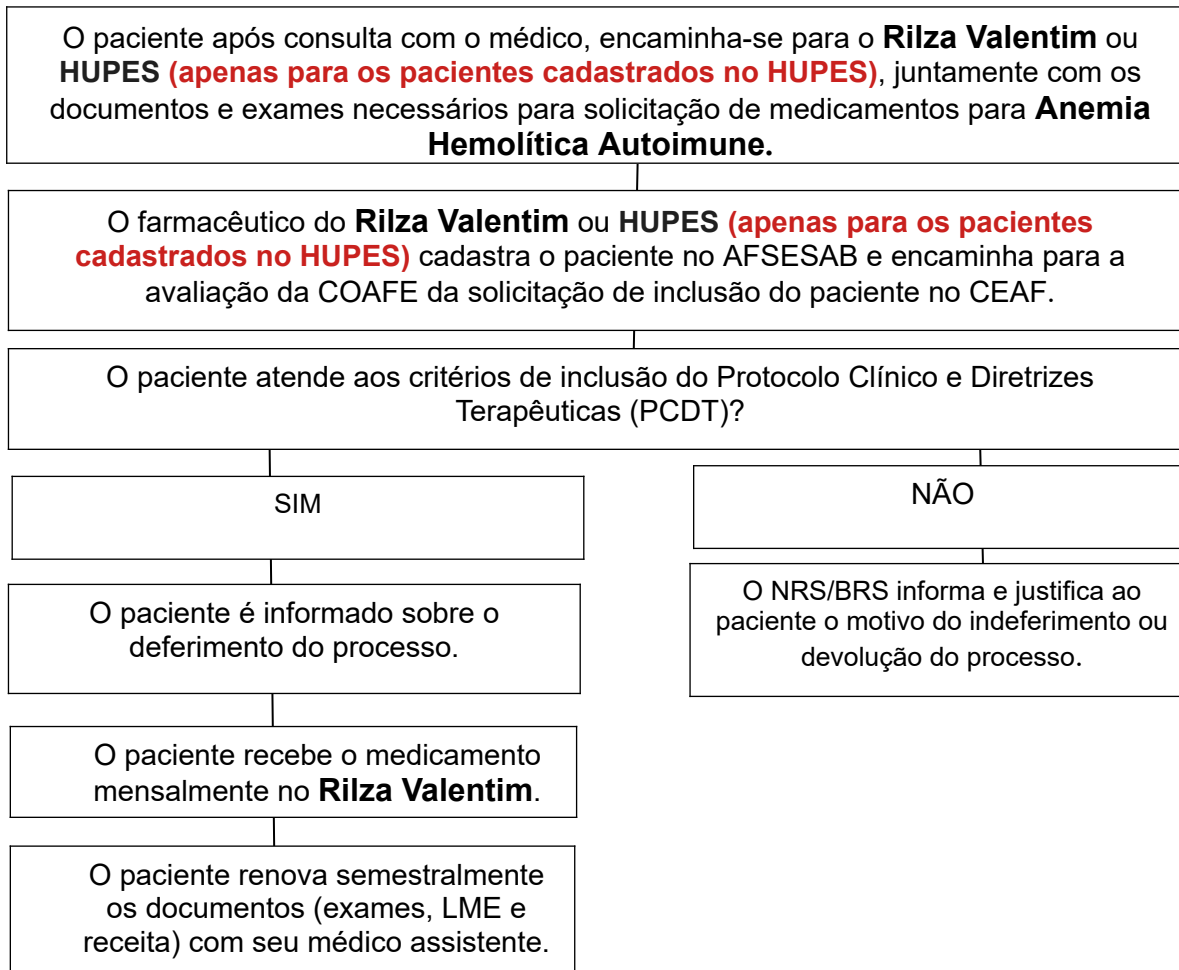
Pacientes com Anemia Hemolítica Auto Imune devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia, para seu adequado diagnóstico e inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.

## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

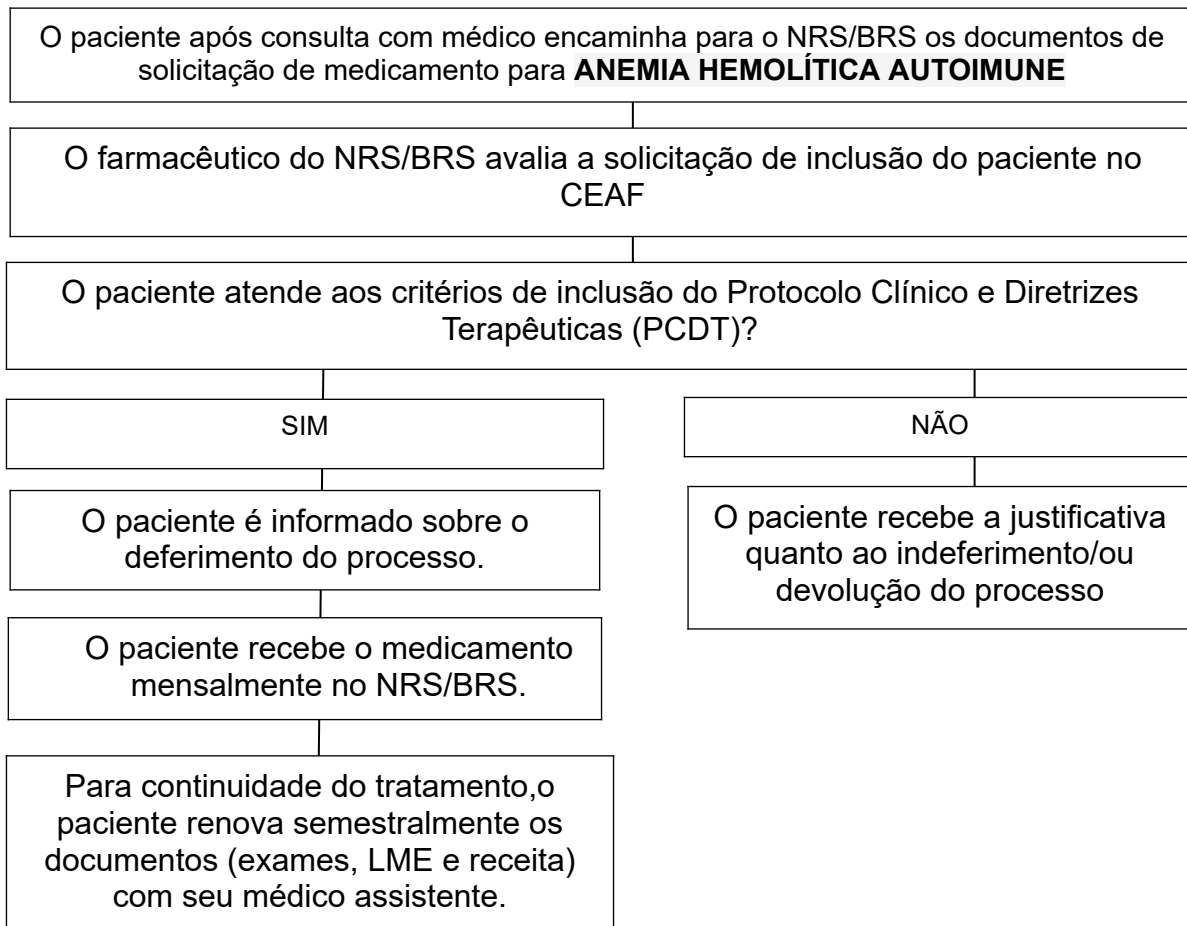


## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

### Imunoglobulina



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



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

**IMUNOGLOBULINA**

