

Fluxo de Acesso - Doença de Crohn PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

MEDICAMENTOS

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (F. A)(BIOSSIMILAR) pacientes de 2 a 5 anos
- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR)
- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO - AMPOLA COM 10 ML)(BIOSSIMILAR)
- MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)
- MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- MESALAZINA 800 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- SULFASSALAZINA 500 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 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; Preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Formulário de Acesso aos medicamentos para Doença de Crohn, preenchido e assinado pelo médico.
- Relatório médico com CID-10 informando: a história clínica do paciente.
Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Doença de Crohn**. (deve está descrito no relatório médico, localização da doença, o grau de atividade e os sinais e sintomas da doença; também o relatório médico deve afastar sinais e sintomas de tuberculose ativa e outras doenças infecciosas.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames obrigatórios para todos os medicamentos:

- Cópia do Laudo da Colonoscopia, **ou** (validade indeterminada)
- Retossigmoidoscopia, **ou** (validade indeterminada)
- Radiografia do Trânsito do Intestino delgado, **ou** (validade indeterminada)
- Tomografia Computadorizada Enteral, **ou** (validade indeterminada)
- Ressonância Magnética Enteral Cirúrgico, **ou** (validade indeterminada)
- Laudo Anátomo - Patológico com diagnóstico de Doença de Crohn. (validade indeterminada)
- Hemograma, contagem de plaquetas (validade 3 meses)
- Fosfatase alcalina (validade 3 meses)
- Creatinina Sérica. (validade 3 meses)
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)

Para sulfassalazina e mesalazina, ainda:

- Sumário de urina (validade 3 meses)

Para Metotrexato, ainda:

- Beta- HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (val.30 dias)
- Para Adalimumabe e Certolizumabe pegol, Infiximabe, ainda:
- Anti-HBC (total ou IGM) (validade do exame 01 ano)
- Anti-HCV (validade do exame 12 meses)
- Anti-HIV (validade do exame 12 meses)
- Radiografia de Tórax (Laudo)(validade 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 MMCDsae.

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para sulfassalazina e mesalazina:

- Hemograma, Creatinina e Sumário de Urina. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

Para azatioprina:

- Hemograma. **Periodicidade:** semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e terceiro meses e, após, mensalmente e quando houver mudança de dose
- TGO/AST, TGP/ ALT. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

Para metotrexato:

- Hemograma, AST /TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina e Creatinina Sérica.
Periodicidade: a cada 6 meses, ou conforme necessidade clínica.

Para Adalimumabe, Certolizumabe, infliximabe:

Hemograma, Ureia, Creatinina Sérica, AST/TGO, ALT/TGP, PCR, VHS, Sumário de Urina
Periodicidade: a cada 04 meses.

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

Horário: 7h às 18h

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

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)

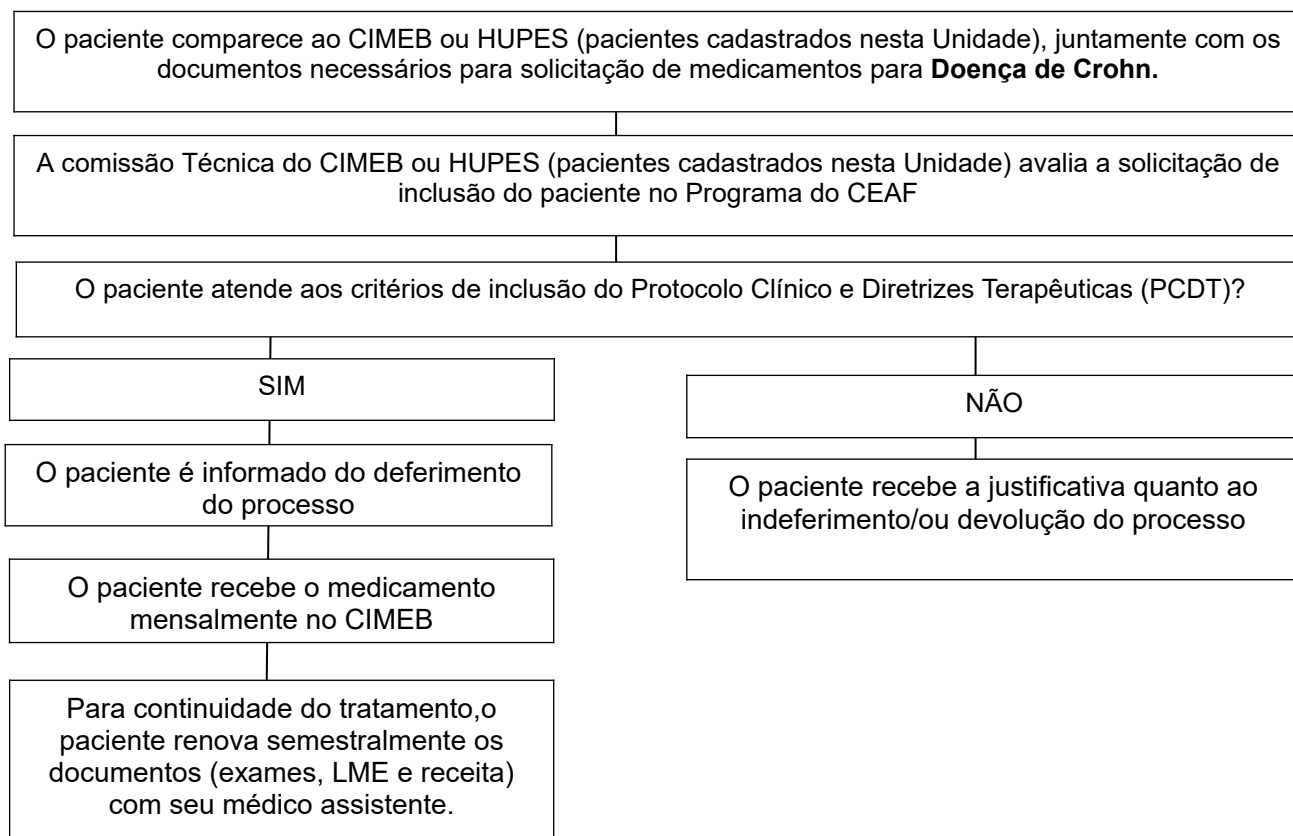
- K500 Doença de crohn do intestino delgado
- K501 Doença de crohn do intestino grosso
- K508 Outra forma de doença de crohn

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

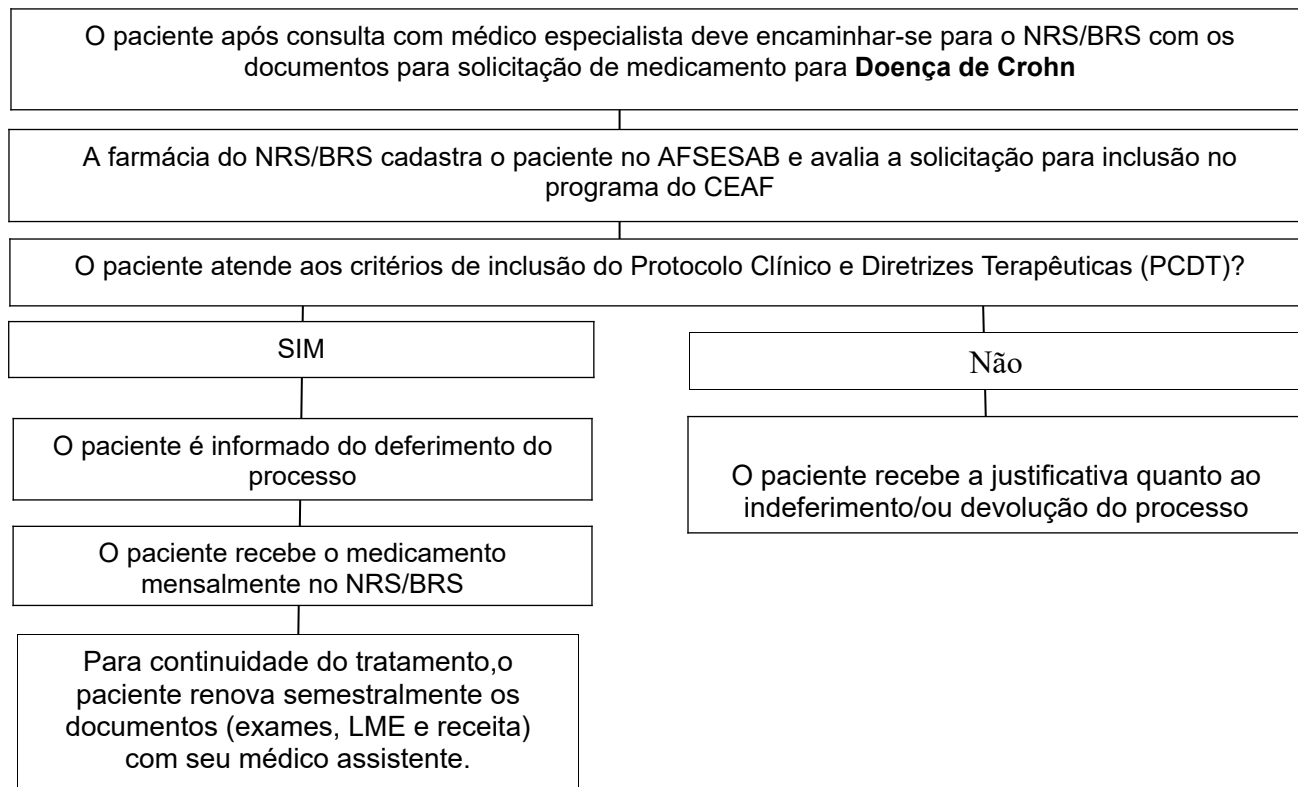
- Pacientes com diagnóstico de doença de Crohn devem ser atendidos em serviço especializado multidisciplinar que conte com médico gastroenterologista ou proctologista, para avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes e administração de Infliximabe, Certolizumabe pegol, ou de Adalimumabe.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



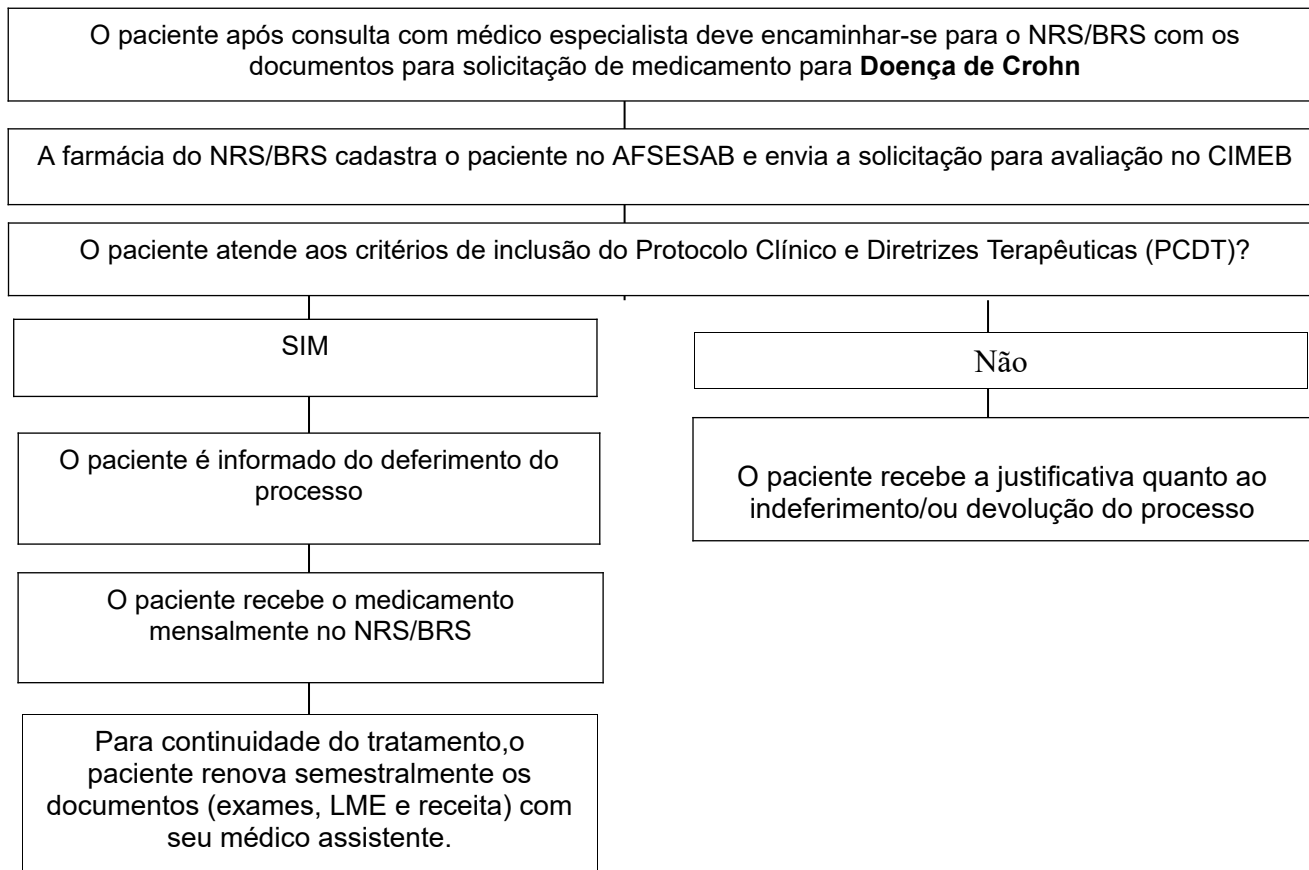
FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)

Medicamentos Orais.



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

Adalimumabe Biossimilar e Certolizumabe



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

Infliximabe Biossimilar e Metotrexato Injetável

