

## Fluxo de Acesso - Dermatite Atópica

### PORTARIA CONJUNTA Nº 28, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025

#### 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)
- FUROATO DE MOMETASONA CREME OU POMADA DERMATOLÓGICA DE 1 MG/G
- TACROLIMO 0,3 MG/G POMADA DERMATOLÓGICA (10 G)
- TACROLIMO 0,3 MG/G POMADA DERMATOLÓGICA (30 G)
- TACROLIMO 1 MG/G POMADA DERMATOLÓGICA (10 G)
- TACROLIMO 1 MG/G POMADA DERMATOLÓGICA (30 G)

#### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável legal pelo paciente), se o comprovante estiver em nome de terceiros preencher Formulário.
- 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 Dermatite Atópica, preenchido e assinado pelo médico do paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando:
  1. Manifestações da doença apresentadas pelo paciente
  2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Dermatite Atópica**.

#### EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

##### **Exame obrigatório para todos os medicamentos:**

- Hemograma (validade do exame 3 meses)
- HbsAg (validade do exame 12 meses)
- Anti-HCV (validade do exame 12 meses)
- Anti-HIV, (validade do exame 12 meses)
- Anti-HBV (validade do exame 12 meses)
- Anti-HPV. (validade do exame 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.
- Creatinina sérica (validade do exame 3 meses)
- Ureia sérica (validade do exame 3 meses)

### EXAMES DE MONITORAMENTO

Creatinina Sérica. **Periodicidade:** *Em função do seu estreito índice terapêutico, deve-se monitorar rigorosamente a pressão arterial e os sinais de insuficiência renal durante o tratamento com ciclosporina, mesmo que o aumento da creatinina sérica seja menor que o esperado – níveis aumentados de creatinina sérica são indicativos da necessidade de redução de dose ou suspensão do tratamento.*

### 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](mailto: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)

**L20.0 - Prurigo de Besnier;**

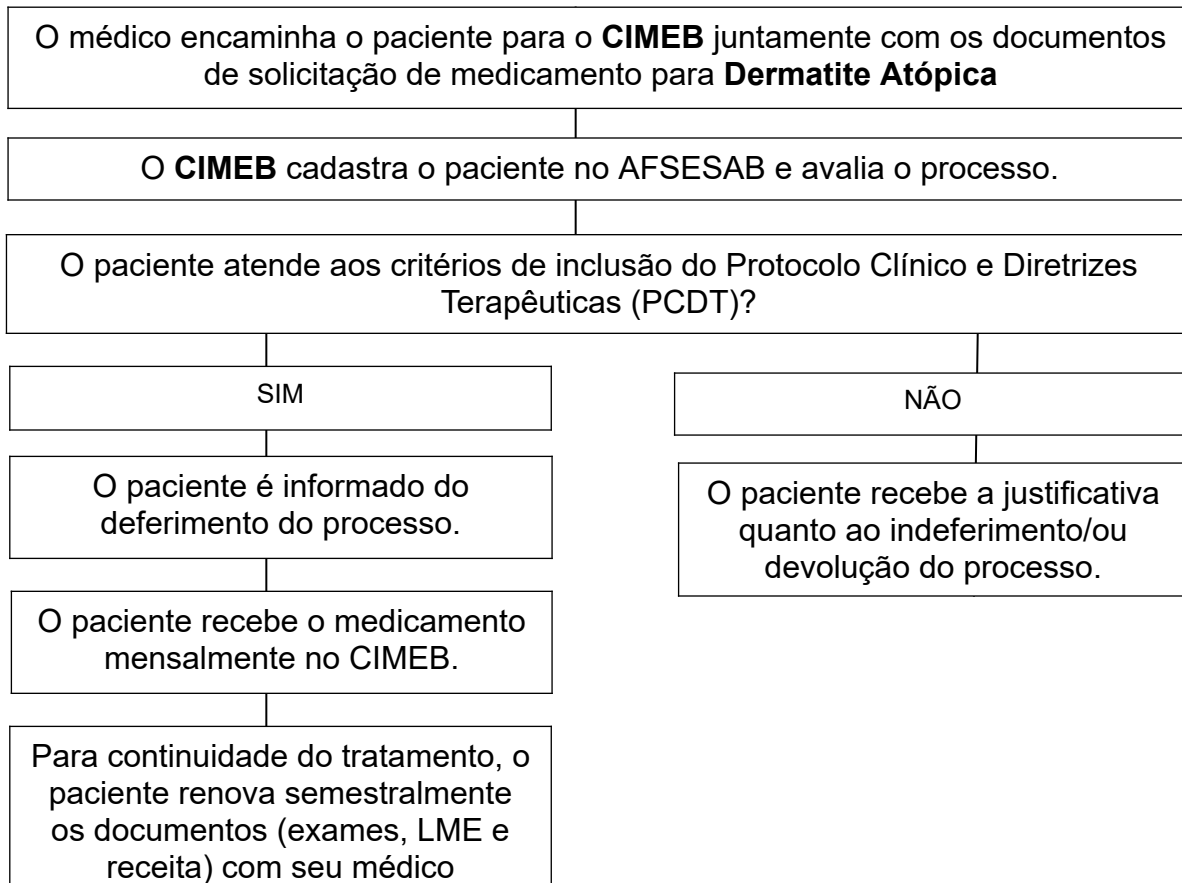
**L20.8 - Outras Dermatites Atópicas.**

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

Os pacientes que necessitam de terapia de segunda linha devem ser encaminhados a um especialista, como alergologistas ou dermatologistas.

## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

