

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 - Hemangioma Infantil
PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2018.

MEDICAMENTOS

- ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 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.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. História clínica do paciente, com laudo de exame físico.
2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Hemangioma Infantil**.

DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames Obrigatórios:

- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP. (validade 3 meses)
- Tempo de Protrombina (validade 3 meses)
- Dosagem de TSH. (validade 3 meses)

Exames condicionados ao diagnóstico (pelo menos um que comprove o diagnóstico):

- Ultrassonografia com laudo (US); ou (validade indeterminada)
- Fluxometria por doppler; ou (validade indeterminada)
- Ressonância magnética; ou (validade indeterminada)
- Tomografia computadorizada; ou (validade indeterminada)
- Arteriografia; ou (validade indeterminada)
- Biópsia da lesão. (validade indeterminada)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma completo; Dosagem de AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** Nas semanas 2, 8 e 12 e a cada 60 dias posteriormente, ou quando clinicamente indicado.
- Dosagem de TSH. **Periodicidade:** deverá ser realizada previamente e após o término do tratamento ou a qualquer tempo se houver clínica de hipotireoidismo.

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

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

Contatos Telefonicos: (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

Interior:

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

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

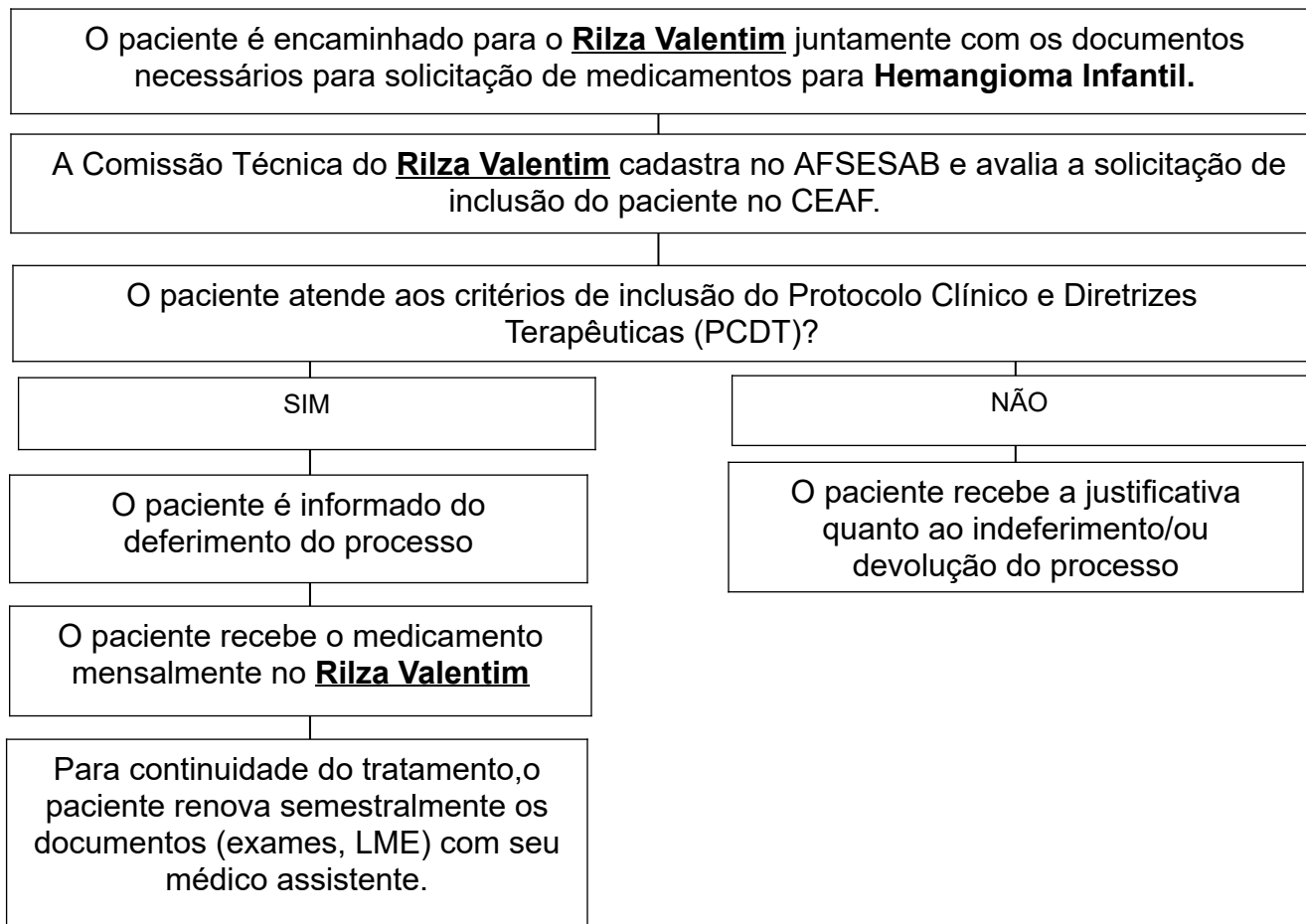
D18.0 Hemangioma de qualquer localização

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

- Se ocorrer neutropenia moderada (neutrófilos de 500-1.000/mm³) ou elevação assintomática de aminotransferases/transaminases (até cinco vezes o valor de referência), recomenda-se interromper 13 temporariamente o tratamento e reiniciá-lo com redução da dose em 30% após a normalização dos exames.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

