

**Fluxo de Acesso**  
**Hiperplasia Adrenal Congênita**  
**Portaria SAS/MS no 16, de 15 de janeiro de 2010**

**MEDICAMENTOS**

- CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente), caso o comprovante esteja em nome de Terceiros, preencher o formulário.
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente (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 **Hiperplasia Adrenal Congênita**.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. História clínica do paciente  
2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Hiperplasia Adrenal Congênita**.

**EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO**

**Exames obrigatórios:**

- Dosagem de 17-OH -progesterona, sódio e potássio séricos; ou,
- Dosagem de 17-OH -progesterona, renina plasmática e aldosterona.

**Exames complementares condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:**

- Teste de estímulo com 250 mg de ACTH, com dosagem de 17-OH-progesterona.

**EXAMES DE MONITORAMENTO**

- Dosagem de Sódio, Potássio Séricos, Renina plasmática. **Periodicidade:** a cada 3 meses até o primeiro ano de vida e, em crianças com tratamento adequado, a cada 4-6 meses após esse período.



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:**

#### **CEDEBA - Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia**

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/BA.

Tel: da Farmácia: 3103-6039/6040

Horário: 8h às 18h

E-mail: [cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br)

#### **Interior**

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

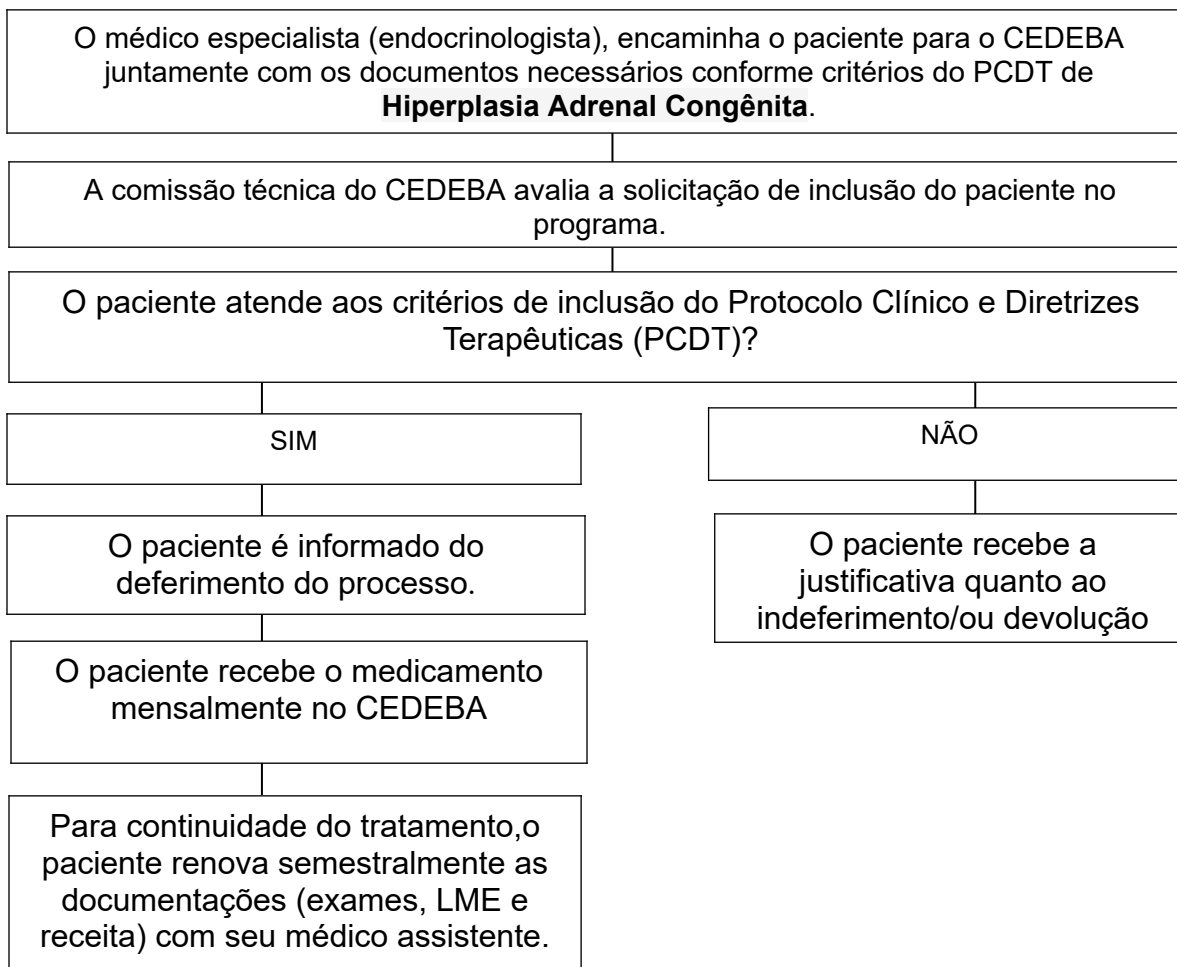
### CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- E25.0 Transtornos Adrenogenitais congênitos associados a deficiência enzimática

### OBSERVAÇÕES

Pacientes com HAC devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. Recomenda-se o atendimento em Centro de Referência por facilitar o tratamento, o ajuste das doses e o controle de efeitos adversos.

## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

