



Fluxo de Acesso - Sobrecarga de Ferro
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 38, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

MEDICAMENTOS

- DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERIPRONA 1000 MG LIBERAÇÃO MODIFICADA (POR COMPRIMIDO)
- DESFERROXAMINA 500 MG 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 pelo paciente)
- 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 de acordo com os critérios do PCDT.
2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Sobrecarga de Ferro.



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Todos os medicamentos:

- Saturação da Transferrina (validade 3 meses)
- Ferritina sérica (validade 3 meses)

Para Desferroxamina, ainda:

- Depuração de creatinina (validade 3 meses)
- Acuidade visual e auditiva (validade 12 meses)

Para Deferasirox

- Depuração de creatinina ou creatinina sérica (validade 3 meses)
- Dosagem de proteinúria de 24 horas ou Proteinúria de amostra isolada (validade 3 meses)
- B-HCG sérico (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).(validade 1 mês)
- Hemograma (validade 3 meses)
- HBs-Ag (validade 12 meses)
- PCR-RNA quantitativo para hepatite C (validade 12 meses);
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)

Deferiprona, ainda:

- B-HCG sérico (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).(validade 1 mês)
- Hemograma (validade 3 meses)

Exames específicos conforme situação clínica do paciente:(validade indeterminada)

- Biópsia hepática; (validade indeterminada), OU
- Ressonância magnética (não obrigatórios, dependente da situação clínica do paciente)
- Hemoglobina (para pacientes com hemocromatose hereditária).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para Todos os Medicamentos:

- Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas e Ferritina Sérica.

Periodicidade: Trimestral.

Para Deferiprona, ainda:

- Hemograma **Periodicidade:** Trimestral.

Para Desferroxamina, ainda:

Acuidade visual e auditiva. **Periodicidade:** Anual.



UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME - RILZA VALENTIM

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

Horário de atendimento:

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

Informações:

Contatos:

(71) 3339-6000/ (71) 3339-6027/ (71) 3339-6028

Agendamento para triagem e consultas:

<https://triagem.saude.ba.gov.br/open.do?sys=RED>

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)

T 45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos

E 83.1 Doenças do metabolismo do ferro

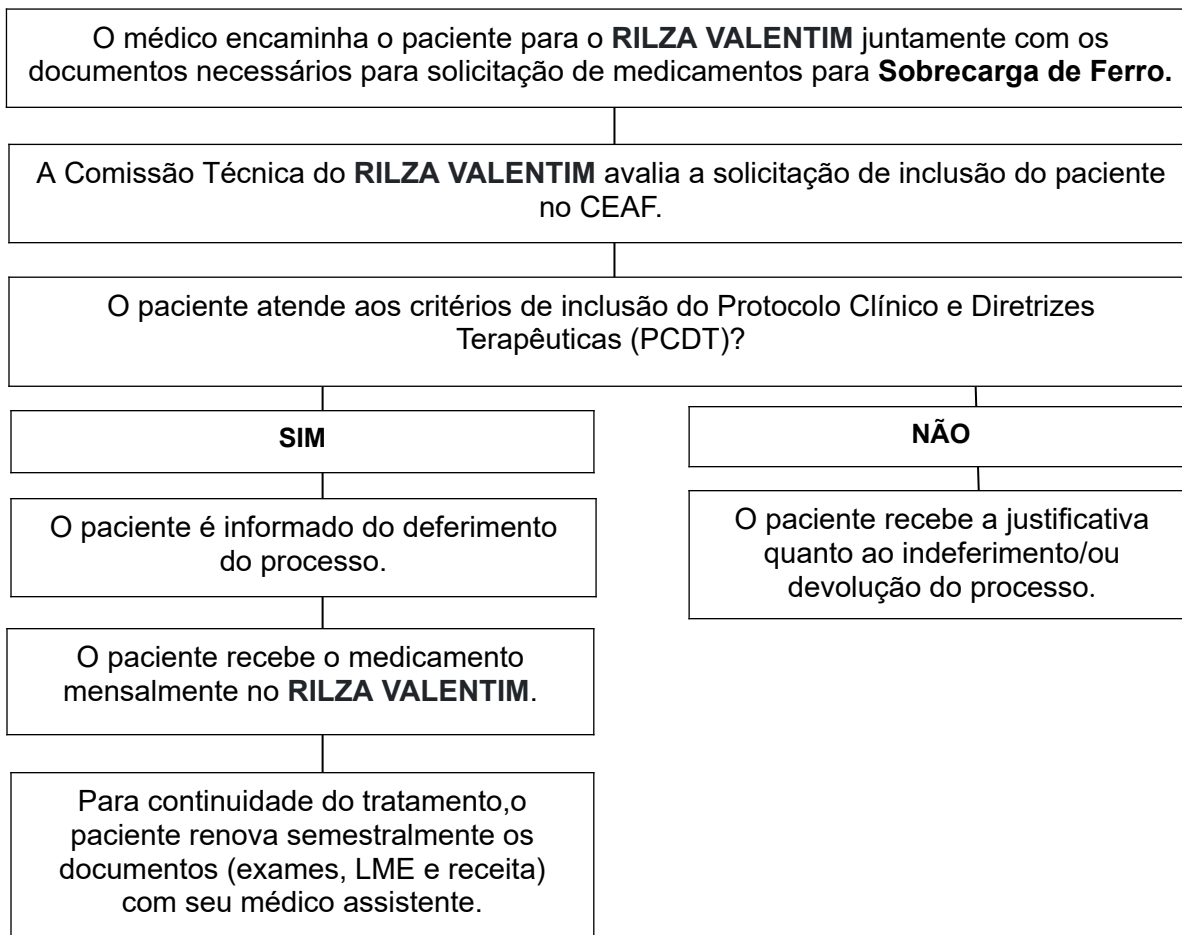
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a situação clínica do paciente.
- **Para o uso de Deferiprona**, serão excluídos pacientes com idade inferior a 6 anos.



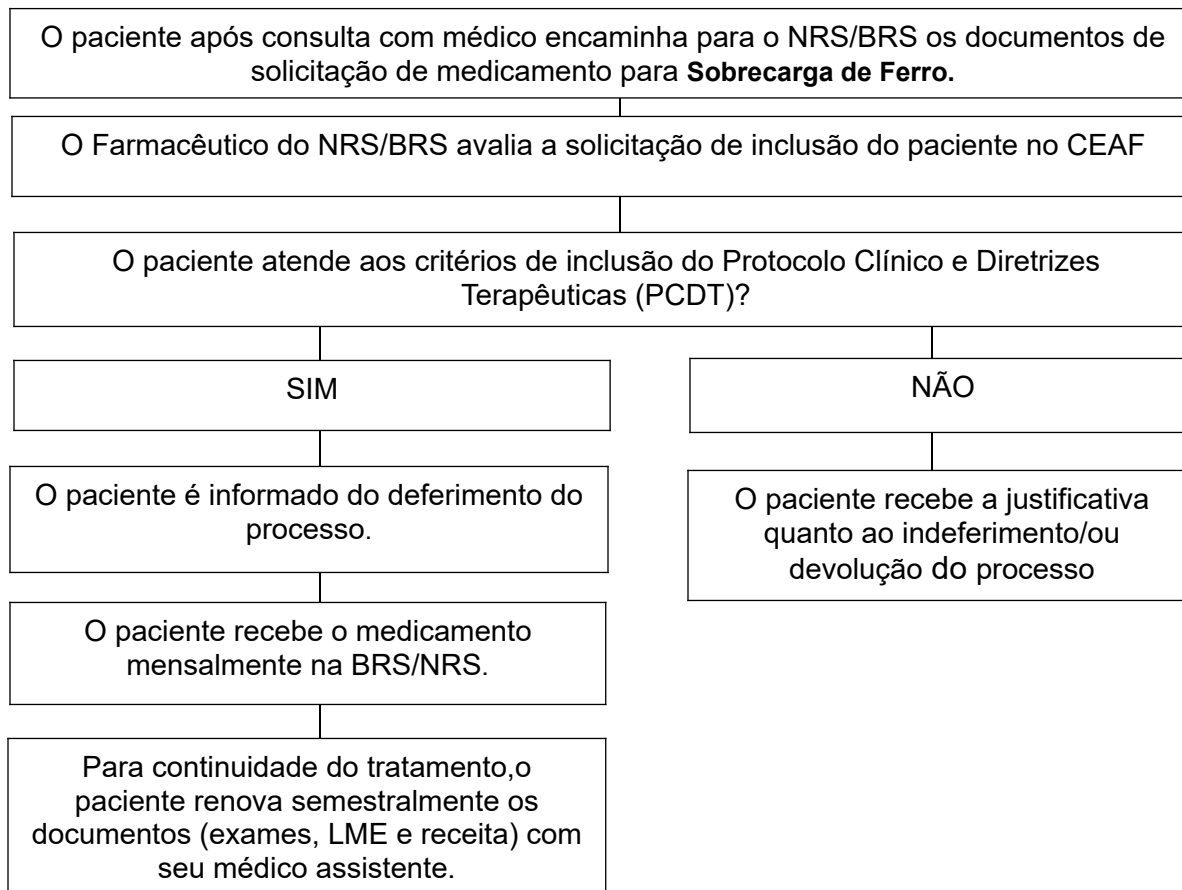
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





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

Deferasixox e Desferroxamina





DEFERIPRONA

