



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**SAFTEC**)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (**DASF**)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**COAFE**)

Formulário de Acesso aos medicamentos para Trombocitopenia Imune Primária
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026.

Nome do Paciente: _____ Data do atendimento: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: ____

1. Diagnóstico:

() PTI () PTI crônica e refratária

2. Para uso de Imunoglobulina (selecionar, dentre os critérios listados, aqueles que o paciente apresenta)

- () Contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³ (**anexar hemograma**)
() Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento (**anexar hemograma**)
() Presença de trombocitopenia isolada, sem alterações nas outras séries do hemograma e no esfregaço de sangue periférico
() Casos de sangramento mucoso com maior repercussão clínica (epistaxe e gengivorragia volumosas ou sangramento do trato digestivo ou urinário)
() Outro tipo de sangramento ativo. Qual? _____
() Ausência de outras condições clínicas que cursam com trombocitopenia, como infecções, doenças autoimunes, neoplasias, efeitos adversos de medicamentos, entre outras (**anexar exames solicitados**)

3. Para diagnóstico de PTI crônica e refratária - crianças e adultos (selecionar, dentre os critérios listados, aqueles que o paciente apresenta)

() presença de PTI grave ou com contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³ de forma persistente, **por, pelo menos, três meses distintos (anexar hemogramas)**

Hemograma (mês 1) - Contagem de plaquetas: _____ (anexar hemograma)

Hemograma (mês 2) - Contagem de plaquetas: _____ (anexar hemograma)

Hemograma (mês 3) - Contagem de plaquetas: _____ (anexar hemograma)

- () Ausência de resposta aos corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa (IVIg)
() Ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia
() Ausência de outras condições clínicas que cursam com trombocitopenia, como infecções, doenças autoimunes, neoplasias, efeitos adversos de medicamentos, entre outras (**anexar exames solicitados**)

4. Preencha os campos referentes aos medicamentos previamente utilizados para os quais o paciente apresentou refratariedade:

() Corticosteroides () Imunoglobulina () Azatioprina
() Ciclofosfamida () Eltrombopague () Danazol

Assinatura e carimbo do médico: