



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC
Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (AHAI)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 7, DE JUNHO DE 2025

Nome do Paciente: _____	Data: ___/___/___
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: ___

1. Paciente apresenta sintomas de anemia sugestivos de (AHAI), como dispneia, fadiga, baixa tolerância ao exercício, palpitações ou cefaleia?

- Sim
- Não

2. Qual quadro de hemólise o(a) paciente apresenta? Anexar exame que comprove.

- Reticulocitose (reticulócitos > 100.000).
- Aumento de desidrogenase láctica.
- Aumento de bilirrubinas.
- Redução da haptoglobina.

3. Qual classificação da AHAI do(a) paciente? Anexar exame que comprove.

- Quente: anti-IgG ou IgG+/C3d+.
- Fria: anti-C3d.
- Mista: IgG+ ou IgG+/C3d+ ou C3d+ e IgM.
- Hemoglobinúria paroxística a frio: anti-IgG e teste de Donath-Landsteiner positivo.

4. Qual tratamento o(a) paciente já realizou?

- Esplenectomia.
- Glicocorticoides. Qual? _____
- Imunossuppressores. Qual? _____

5. Para uso da Imunoglobulina humana:

Assinale com X o critério que o paciente apresenta.

- Não respondeu aos outros tratamentos estabelecidos (medicamentoso ou não).
- Anemia grave de rápida evolução e risco iminente de óbito.
- Caso grave com nível de hemoglobina muito baixo (abaixo de 7 g/dL).
- Paciente idoso sem indicação de esplenectomia, o qual não respondeu aos demais medicamentos.
- Paciente com complicações clínicas associadas e anemia grave com risco de morte.

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, não apresenta contraindicações ao uso do medicamento solicitado e satisfaz os critérios de inclusão, conforme Portaria Conjunta Saes/Sectics nº 7, de junho de 2025.

Assinatura e carimbo do médico assistente