

**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 - TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (PTI)
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026**

Nome do Paciente: _____ Data: ___/___/___

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

1. Qual diagnóstico do(a) paciente? PTI recém-diagnosticada. PTI persistente ou crônica.**2. Para uso de Imunoglobulina: selecionar, dentre os critérios listados, aquele(s) que o paciente apresenta:**

- Presença de sangramento significativo, incluindo emergências, definidas como presença de sangramento intracraniano ou mucoso, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm³ (**anexar hemograma**);
- Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento (**anexar hemograma**).

Descrever fator de risco: _____

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

- Ausência de resposta*, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contra-indicação a corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa;
- Ausência de resposta* ou contra-indicação ao tratamento com azatioprina OU ciclofosfamida OU rituximabe;
- Ausência de resposta* ou contra-indicação ao tratamento com eltrombopague OU romiplostim;
- Presença de PTI persistente ou crônica com duração maior que 3 meses a partir do diagnóstico (**anexar hemogramas**).

- Hemograma (mês 1) - Contagem de plaquetas: _____
- Hemograma (mês 2) - Contagem de plaquetas: _____
- Hemograma (mês 3) - Contagem de plaquetas: _____

*Ausência de resposta: contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm³ OU abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento ou de fatores de riscos para sangramento.

4. Preencher os campos referentes aos medicamentos previamente utilizados, para os quais o(a) paciente apresentou refratariedade:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Corticosteroides | <input type="checkbox"/> Imunoglobulina | <input type="checkbox"/> Azatioprina |
| <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida | <input type="checkbox"/> Eltrombopague | <input type="checkbox"/> Danazol |
| <input type="checkbox"/> Rituximabe | <input type="checkbox"/> Romiplostim | |

5. Foram descartadas outras condições clínicas que cursam com trombocitopenia, como infecções, doenças autoimunes, imunodeficiências primárias, neoplasias, eventos adversos de medicamentos, trombocitopenias hereditárias? Sim Não_____
Assinatura e carimbo do médico