



Governo de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Nota Técnica 08/2018 DIAF/SUV/SES/SC

Assunto: Errata dos Resumos de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Formulários Médicos para Solicitação de Medicamentos do CEAF

Prezados Senhores,

Considerando a Nota Técnica 03/2018 DIAF/SUV/SES/SC que trata das Atualizações dos Protocolos Clínicos, Termos de Esclarecimento e Responsabilidade, Resumos e Formulários Médicos para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF em Santa Catarina;

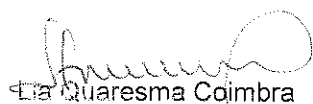
Divulgamos a Errata dos **Resumos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Formulários Médicos para Solicitação de Medicamentos do CEAF**.

Os Resumos dos PCDTs e demais documentos retificados estão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde: www.saude.sc.gov.br → Profissionais de Saúde → Assistência Farmacêutica - DIAF → Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF → Protocolos Clínicos, Termos de Esclarecimento e Responsabilidade (TER), Resumos e Formulários Médicos do MS e SES/SC, estando todos os documentos do CEAF – Protocolos Clínicos, Termos de Esclarecimento e Responsabilidade, Resumos e Formulários Médicos dispostos por patologia.

As Unidades de Assistência Farmacêutica terão **prazo de 35 dias** a partir da divulgação desta Nota Técnica para adaptação as modificações dos PCDTs. As solicitações cadastradas a partir do dia **12 de Novembro de 2018** deverão atender as exigências de cada patologia na totalidade.

Estamos à disposição para informações adicionais.

Atenciosamente,


Lia Quaresma Coimbra
Gerente Técnica


Maria Teresa Bertoldi Agostini
Diretora Assistência Farmacêutica

Florianópolis, 08 de outubro de 2018.

Nota Técnica 08/2018 DIAF/SUV/SES/SC de 08 de outubro de 2018.



Rua Esteves Júnior, nº 390 - Centro – Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3665-4508 / fax: 3665-4527 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br
www.saude.sc.gov.br



1. ACNE GRAVE:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...)

- Relato de terapias prévias com tempo de tratamento - Obrigatório o uso de antibióticos sistêmicos por no mínimo 2 meses.

- Receituário Controle Especial - retinóides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).

Atenção: Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens.

Leia-se: (...)

- Relato de terapias prévias com nome do medicamento e tempo de tratamento - Obrigatório o uso de antibióticos sistêmicos por no mínimo 2 meses.

- Receituário de Controle Especial para Retinóides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).

• Atenção: Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;

• Para mulheres com idade <55 anos é obrigatória a descrição no Termo do uso de ao menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais no período de 2 meses antes e depois do tratamento;

• Pacientes <21 anos deverão contar com responsável para incluir o nome e assinar no campo devido.

2. ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS

Validade dos Exames:

Onde se lê:

Hemograma com contagem de neutrófilos e plaquetas: 3 meses.

Leia-se:

Hemograma com contagem de neutrófilos, plaquetas, AST, ALT e Creatinina: 3 meses.

3. ANEMIA NA DRC – Alfaepotina:

RESUMO:

Monitoramento:

Onde se lê:

- Relato médico com informação do tratamento atual (Conservador, Diálise Peritoneal, Hemodiálise - pode descrever no LME).

- Exames: Hemoglobina (mensal), Ferritina (trimestral) e IST (trimestral).

- As doses devem ser corrigidas conforme o nível de hemoglobina (e desde que as reservas de ferro estejam adequadas), se após um intervalo de 4 semanas de tratamento:

* Elevação de Hb < 0,3 g/dL por semana: umentar a dose em 25% (respeitando o limite da dose máxima);

* Elevação de Hb entre 0,3-0,5 g/dL por semana: manter a dose em uso;

* Elevação de Hb > 0,5 g/dL por semana ou o nível de Hb atingir a faixa de 12-13 g/dL: reduzir a dose em 25 % a 50 % (respeitando o limite da dose mínima);

* Se Hb > 13 g/dL: SUSPENDER TEMPORARIAMENTE o tratamento. Reiniciar somente quando a Hemoglobina estiver entre 10-12 g/dL, com dose MENOR que a última dose autorizada.

Leia-se:

- Relato médico com informação do tratamento atual (Conservador, Diálise Peritoneal, Hemodiálise - pode descrever no LME).

- Exames: Hemoglobina (mensal), Ferritina (trimestral) e IST (trimestral).

* Se Hb > 13 g/dL: SUSPENDER TEMPORARIAMENTE o tratamento.

4. ANEMIA NA DRC – Ferro

Inclusão de Documento: Novo Formulário Médico.

5. ARTRITE PSORÍACA

SULFASSALAZINA - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 372 cp

Leia-se: 186 cp

METOTREXATO - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 60 cp e 5 FA

Leia-se: 40 cp e 4 FA

SULFASSALAZINA - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 372 cp

Leia-se: 186 cp

SULFASSALAZINA - Exclusão:

Onde se lê: Gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); porfiria; obstrução urinária ou intestinal; depressão da medula óssea; insuficiência hepática ou renal (moderada a grave), artrite reumatoide juvenil na forma sistêmica; elevação de AST/ALT igual ou 3x acima do limite superior da normalidade. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).

Leia-se: Porfiria, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas, artrite reumatoide juvenil, forma sistêmica, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, obstrução urinária ou intestinal, depleção da medula óssea e insuficiência renal moderada a grave.

METOTREXATO - Exclusão:

Onde se lê: Infecção sistêmica, alcoolismo; úlcera péptica ativa; depressão da medula óssea; gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); elevação de AST/ALT igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade; taxa de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).

Leia-se: Tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos, infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes-zoster ativa, hepatites B ou C agudas, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, taxa de depuração de creatinina < 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica, gestação, amamentação e concepção (esta última, aplicável a homens e mulheres).

NAPROXENO - Exclusão:

Onde se lê: Úlcera péptica ativa; insuficiência renal crônica; discrasia sanguínea; crise de asma, urticária ou rinite; sangramento gastrointestinal não controlado; úlcera gastroduodenal; elevação de AST/ALT igual ou 3x acima do limite superior da normalidade; taxa de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).

Leia-se: Sangramento gastrointestinal não controlado, úlcera gastroduodenal, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN e taxa de depuração de creatinina < 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.

LEFLUNOMIDA - Exclusão:

Onde se lê: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; insuficiência hepática; insuficiência renal moderada a grave; depressão da medula óssea; gestação, amamentação e

concepção (homens e mulheres); elevação de aminotransferases/transaminases igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade; taxa de depuração de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.

Leia-se: Insuficiência hepática, insuficiência renal moderada a grave, depleção da medula óssea, infecção sistêmica, gestação, amamentação e concepção (esta última, aplicável a homens e mulheres).

CICLOSPORINA – Exclusão:

Onde se lê: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecção sistêmica; insuficiência renal moderada a grave; HAS descompensada; gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); neoplasia; elevação de aminotransferases/transaminases igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade; taxa de depuração de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.

Leia-se: Gravidez, lactação, infecção sistêmica, HAS descompensada, insuficiência renal moderada a grave e neoplasia maligna.

INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE e GOLIMUMABE – Exclusão:

Onde se lê: Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).

Leia-se: Tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica ameaçadora à vida, infecção por herpes-zóster ativa, hepatites B ou C agudas, doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos, insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV e doença neurológica desmielinizante.

INFLIXIMABE – Administração:

Onde se lê: Iniciar com 5 mg/kg, IV, nas semanas 0, 2, 6 e, depois manter a dose a cada 2 meses.

Leia-se: Iniciar com 5 mg/kg, IV, nas semanas 0, 2, 6 e, depois manter a dose a cada 8 semanas.

INFLIXIMABE – Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 3 ampolas.

Leia-se: Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. Obs.: Renovação de doses acima de 3 ampolas/mês: encaminhar LME e receita por e-mail à DIAF para autorização central

Validade dos Exames:

Onde se lê:

- Beta-HCG: 3 meses;
- Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 6 meses;
- HBSAg, anti- HCV, HIV, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux): 12 meses;
- Exames de Imagem (Não anexar lâminas): 12 meses.

Leia-se:

- Beta-HCG: 3 meses;
- Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 6 meses;
- HBSAg, anti- HCV, HIV, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux): 12 meses;
- Fator reumatoide: validade indeterminada;
- Exames de Imagem (Não anexar lâminas): 12 meses.

Inclusão de Exame: CICLOSPORINA - Anexos Obrigatórios: Beta-HCG para mulheres < 55 anos.

Inclusão de Informação: METOTREXATO e NAPROXENO – Monitoramento: VHS, PCR, hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses.

Inclusão de Documento: Novo Formulário Médico.

6. ARTRITE REUMATOIDE

Monitoramento:

Onde se lê: VHS, PCR, hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses.

Leia-se: VHS, PCR, hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.

Tempo de Tratamento:

Onde se lê: O tratamento com antiinflamatório deve ser mantido enquanto se observam sinais inflamatórios e/ou dores articulares. O uso de medicamentos modificadoras do curso da doença (MMCD sintético e/ou biológico) deve ser mantido indefinidamente.

Leia-se: Ocorrendo resposta terapêutica completa, isto é, remissão pelos índices compostos de atividade de doença, e sustentada, ou seja, por mais de 06 a 12 meses, pode-se tentar a retirada gradual dos medicamentos nesta sequência: primeiramente o AINE, seguido pelo glicocorticoide e depois pelo MMCD biológico, mantendo-se o uso de MMCD sintético.

INFLIXIMABE - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: Dose de manutenção: 2 ampolas. (...)

Leia-se: Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. (...)

CERTOLIZUMABE - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 2 ampolas.

Leia-se: Dose de ataque: 6 ser.; Dose de manutenção: 2 ser.

ETANERCEPTE, CERTOLIZUMABE PEGOL e GOLIMUMABE – Exclusão:

Onde se lê: Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).

Leia-se: Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante.

RITUXIMABE – CID 10:

Onde se lê: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.

Leia-se: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8.

RITUXIMABE – Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 2 FA

Leia-se: 2 FA. Obs.: Aplicação quinzenal requer 4 FA/mês. Renovação semestral: encaminhar LME e receita por e-mail à DIAF para autorização central entre os dias 1 e 15 do mês anterior à aplicação.

ABATACEPTE – Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 4 FA

Leia-se: 250 mg: 12 FA; 125 mg: 4 FA

Validade dos Exames:

Onde se lê: (...)

- Avaliação oftalmológica, HBsAg, anti- HCV, HIV, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) e Fator Reumatoide: 12 meses;

- Anti-CCP: validade indeterminada; (...)

Leia-se: (...)

- Avaliação oftalmológica, HBsAg, anti- HCV, HIV, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux): 12 meses;

- Anti-CCP e Fator Reumatoide: validade indeterminada; (...)

TOFACITINIBE - CID 10:

Onde se lê: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8.

Leia-se: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8.

Inclusão de Informação: **TOFACITINIBE** – **Exclusão:** Idade < 18 anos.

Inclusão de Documento: Novo Formulário Médico.

7. ASMA:**RESUMO:****Inclusão:**

Onde se lê: (...)

Mudanças de medicamentos ou posologia:

- Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.

Leia-se: (...)

Mudanças de posologia:

- Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. Para o aumento ou redução da dosagem para Asma Controlada ou Leve não há exigência de especialista.

Mudanças de medicamentos (encaminhar para avaliação central – DIAF/SC):

- Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.

FORMULÁRIO:**ASMA (J45.0, J45.1, J45.8) – Portaria SAS/MS nº 1.317 – 2013:**

Onde se lê:

2) Paciente maior que cinco anos de idade deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de:

SEM TRATAMENTO (campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior a 80% e laudo da espirometria apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo antes do teste com broncodilatador (PRÉ-BD);

COM TRATAMENTO (campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior ou superior a 80% PRÉ-BD e laudo da espirometria Normal ou apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico;

Leia-se:

ASMA (J45.0, J45.1, J45.8) – Portaria SAS/MS nº 1.317 – 2013:

2) Paciente maior que cinco anos de idade deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de:

SEM TRATAMENTO (assinalar NÃO no campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior a 80% e laudo da espirometria apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo antes do teste com broncodilatador (PRÉ-BD);

COM TRATAMENTO (assinalar SIM no campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior ou superior a 80% PRÉ-BD e laudo da espirometria Normal ou apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico;

8. DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO ou HIPOPITUITARISMO**RESUMO:**

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Crianças e adolescentes: (...) Curva de crescimento em crianças maiores de 2 anos; (...).

Leia-se: Crianças e adolescentes: (...) Avaliação Continuada preenchida com no mínimo 2 (duas) avaliações médicas; Gráfico de Crescimento em crianças maiores de 2 anos; (...).

Inclusão de Documento: Avaliação Continuada Deficiência de GH e Síndrome de Turner.

9. DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

HIDROXICLOROQUINA – CID 10:

Onde se lê: M33.0; M33.1; M33.2.

Leia-se: M33.0; M33.1.

Inclusão de Informação: Inclusão: Para comprovação dos critérios anexar os exames.

Inclusão de Informação: IMUNOGLOBULINA HUMANA - Tempo de Tratamento:

Tempo máximo de uso:

Adultos: 6 meses;

Crianças: 2 anos.

10. DISFAGIA

Inclusão:

Onde se lê: Pacientes em uso de sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia como via de alimentação.

Leia-se: Pacientes em uso de sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia como via de alimentação. Idade mínima do paciente 10 anos.

Inclusão de Informação: Prescrição Máxima Mensal: 21 embalagens de 800g. OBS: Para quantidades superiores encaminhar para avaliação central relato do médico ou nutricionista, justificando com cálculos/fórmulas a necessidade do paciente.

11. DISLIPIDEMIA

RESUMO:

ATORVASTATINA e PRAVASTATINA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Laudo médico descrevendo histórico clínico com relato das patologias pré-existentes, se necessário, anexar conforme critérios de inclusão o Escore de Risco de Framingham e diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar.

Leia-se: - Formulário Médico para Dislipidemia.

ÁCIDO NICOTÍNICO - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Exames: Glicemia, colesterol total, HDL, LDL*, triglicerídeos, enzimas hepáticas (ALT, AST), TSH (se TSH estiver ↑ pedir T₄ livre) e creatinofosfoquinase. Beta-HCG para mulheres com idade < 55 anos. Laudo médico descrevendo histórico clínico com relato das patologias pré-existentes, se necessário, anexar conforme critérios de inclusão o Escore de Risco de Framingham e diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar;(...).

Leia-se: - Formulário Médico para Dislipidemia; - Exames: colesterol total, HDL, LDL* e triglicerídeos; (...)

Inclusão de Documento: Formulário Médico para Dislipidemia.

Inclusão de Documento: Modelo de Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar.

12. DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DRC

RESUMO:

CALCITRIOL - CID-10:

Onde se lê: N18.0; N18.8; N25.0; N25.8.

Leia-se: N18.0; N18.8; N25.0; N25.8; E83.3.

CALCITRIOL - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 30 ampolas.

Leia-se: 124 ampolas.

DESFERROXAMINA - ⁵CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ANEXOS OBRIGATÓRIOS:

Onde se lê:

1. Para realização do teste para diagnóstico de excesso de alumínio*

Apresenta as condições (1 ou 2)+3 conforme assinalado abaixo: (...)

1. Dosagem sérica não estimulada de Alumínio elevada (60 a 200 mcg/L).
2. Sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por Alumínio.
3. Paratireoidectomia prévia

Leia-se:

1. Para realização do teste para diagnóstico de excesso de alumínio*

Apresenta as condições (1 ou 2) conforme assinalado abaixo:

1. Dosagem sérica não estimulada de Alumínio elevada (60 a 200 mcg/L).
2. Sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por Alumínio.

SEVELÂMÉR - ⁶CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ANEXOS OBRIGATÓRIOS:

Onde se lê:

Adultos: Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e as condições 1+(3 **ou** 4) **OU** 5+6+(7 **ou** 8 **ou** 9): (...).

Leia-se:

Adultos: Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e as condições 1+2+(3 **ou** 4) **OU** 5+6+(7 **ou** 8 **ou** 9): (...).

Inclusão de Informação: **SEVELÂMÉR – Exclusão:** Idade < 12 meses (1 ano).

FORMULÁRIO DESFERROXAMINA:

Onde se lê:

Apresenta as condições (1 **ou** 2)+3 conforme assinalado abaixo:

1. Dosagem sérica não estimulada de Alumínio elevada (60 a 200 mcg/L).
2. Sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por Alumínio.
3. Paratireoidectomia prévia.

Leia-se:

Apresenta as condições (1 **ou** 2) conforme assinalado abaixo:

1. Dosagem sérica não estimulada de Alumínio elevada (60 a 200 mcg/L).
2. Sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por Alumínio.

13. DOENÇA DE ALZHEIMER

RESUMO:

Inclusão de Informação: **DONEPEZILA, RIVASTIGMINA e GALANTAMINA** - **Inclusão:** Idade Mínima: 40 anos.

Inclusão de Documento: Modelos de Escala CDR e Mini Exame de Estado Mental

14. DOENÇA DE CROHN:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Laudo de exame comprobatório da doença; (...)

Leia-se: Laudo de exame comprobatório da doença: endoscópico – (Colonoscopia), radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM enteral), cirúrgico ou anatomopatológico; (...)

SULFASSALAZINA e MESALAZINA – Exclusão:

Onde se lê: Paciente com intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento indicado. Observar indicações para o uso em Estratégias de Tratamento**.

Leia-se: Paciente com intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento indicado.

AZATIOPRINA – Monitoramento:

Onde se lê: (...) Hemograma semanalmente no 1º mês, quinzenalmente no 2º e 3º meses e após mensalmente; (...)

Leia-se: (...) Hemograma semanalmente no 1º mês, quinzenalmente no 2º e 3º meses e, após, mensalmente, e quando houver mudança de dose; (...)

ADALIMUMABE – Administração:

Onde se lê: Indução e manutenção de remissão, e de DC complicada por fístula perianal complexa em adultos e crianças com peso > 40 kg: (...)

Leia-se: Indução e manutenção de remissão, e de DC complicada por fístula perianal complexa em adultos e crianças com peso ≥ 40 kg: (...)

INFLIXIMABE - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 5 frascos ampola.

Leia-se: Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. Obs.: Renovação de doses acima de 3 ampolas/mês: encaminhar LME e receita por e-mail à DIAF para autorização central.

ADALIMUMABE - Prescrição Máxima Mensal

Onde se lê: : 4 seringas pré-preenchidas.

Leia-se: Dose de ataque: 7 ser; Dose de manutenção: 4 ser.

CERTOLIZUMABE - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 2 frascos-ampola.

Leia-se: Dose de ataque: 6 ser; Dose de manutenção: 3 ser. Obs.: Renovação de doses acima de 2 ampolas/mês: encaminhar LME e receita por e-mail à DIAF para autorização central.

ADALIMUMABE, INFLIXIMABE e CERTOLIZUMABE – Exclusão:

Onde se lê: Doenças infecciosas de qualquer natureza; Paciente com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

Leia-se: Paciente com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

****ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO:**

Onde se lê: 5 – TRATAMENTO DE REMISSÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Leia-se: 5 – MANUTENÇÃO DE REMISSÃO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO:

15. DOENÇA DE GAUCHER:

Onde se lê: beta- glicosidase.

Leia-se: beta- glicocerebrosidase.

Inclusão:

Onde se lê: Diagnóstico clínico da doença de Gaucher tipo 1 ou 3, confirmando redução da atividade da beta-glicosidase nos leucócitos; com todos os critérios maiores e pelo menos um dos critérios menores que estão associadas à doença de Gaucher.

Leia-se: Pacientes que apresentem TODOS os seguintes critérios:

- Diagnóstico clínico da doença de Gaucher tipo 1 ou 3;
- Diagnóstico bioquímico (redução da atividade da beta-glicocerebrosidase nos leucócitos) E/OU genético;
- Todos os critérios maiores e pelo menos um dos critérios menores que estão associados à doença de Gaucher.

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) - Dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos e, conforme o critério menor associado, comprovar com exames específicos; (...) - Dosagem de Vitamina B12 em caso de presença de anemia.

Leia-se: (...) - Dosagem da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos e, conforme o critério menor associado, comprovar com exames específicos; (...) - Dosagem de Vitamina B12 em caso de anemia ou de manifestações clínicas sugestivas de deficiência; - Eletroforese de proteínas.

MIGLUSTATE – Administração:

Onde se lê: 300mg ao dia.

Leia-se: 100mg, VO, 3X/dia.

ALFATALIGLICERASE – Administração:

Onde se lê: O aumento da dose administrada ou a substituição do tratamento com alfataliglicerase por outra TER, e vice-versa, deverão ser Avaliados Centralmente.

Leia-se: O aumento da dose ou a substituição do tratamento deverão ser Avaliados Centralmente pela DIAF.

Monitoramento:

Onde se lê: Anamnese, exame físico, hemograma com plaquetas, ferritina, AST, ALT, GGT, TP. Ultrassonografia, Densitometria óssea, Radiografia da coluna somente se necessário conforme PDCT. Radiografia p/ determinação da idade óssea em crianças e adolescentes conforme critérios do PCDT. Em caso de presença de anemia: dosagem de Vitamina B12. Eletroforese de proteínas a cada 3-5 anos em pacientes adultos.

Leia-se: Anamnese e exame físico a cada 3 meses nos primeiros 6 meses e, após, uma vez a cada 6 meses; Hemograma com plaquetas, ferritina, AST, ALT, GGT, TP realizados a cada 12 meses; Ultrassonografia ou Ressonância Magnética do abdômen com medida do tamanho ou do volume do fígado e do baço para ajuste de dose da enzima; Densitometria óssea, Radiografia da coluna, quadril e ossos longos, somente se necessário conforme PDCT; Radiografia para determinação da idade óssea em crianças e adolescentes conforme critérios do PCDT; Dosagem de Vitamina B12 em caso de anemia ou de manifestações clínicas sugestivas de deficiência; Eletroforese de proteínas a cada 3-5 anos em pacientes adultos.

IMIGLUCERASE – Exclusão:

Onde se lê: e) pacientes com idade igual ou superior a 4 anos virgens de tratamento. Nestes casos, desde que respeitados os demais critérios de inclusão deste Protocolo, o tratamento deve ser iniciado com alfataliglicerase.

Leia-se: e) pacientes com idade igual ou superior a 4 anos virgens de tratamento. Nestes casos, desde que respeitados os demais critérios de inclusão e de exclusão deste Protocolo, o tratamento deve ser iniciado com Alfataliglicerase.

Tempo de Tratamento:

Onde se lê: Indeterminado. A interrupção deve ser considerada, se ocorrer piora do quadro clínico após 24 meses de tratamento regular e com todos os ajustes possíveis de dose e de substituição de medicamentos, e se houver baixa adesão ao tratamento.

Leia-se: O tratamento é contínuo. A interrupção deve ser considerada, se ocorrer piora do quadro clínico após 24 meses de tratamento regular e com todos os ajustes possíveis de dose e de substituição de medicamentos, e se houver baixa adesão ao tratamento.

Validade dos Exames:

Onde se lê: - Dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidade em leucócitos, hemograma com plaquetas, ferritina, AST, ALT, Vitamina B12, GGT, TP: 3 meses; (...)

Leia-se: - Dosagem da atividade enzimática da beta-glicocerebrosidade em leucócitos: validade indeterminada; - Hemograma com plaquetas, ferritina, AST, ALT, Vitamina B12, GGT, TP: 3 meses; (...)

Para Tratamento com Terapia de Reposição Enzimática (TRE) - Critérios de Inclusão Maiores:

Onde se lê:

b) Diagnóstico clínico de DG: é realizado mediante a demonstração de redução significativa da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos. Também pode ser feito através de diagnóstico molecular.

Leia-se:

b) Diagnóstico bioquímico ou genético de DG - O diagnóstico bioquímico da DG é realizado mediante a demonstração de redução significativa da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos. A redução significativa da atividade da beta-glicocerebrosidase em papel filtro somente será considerada diagnóstica de DG se estiver acompanhada de diagnóstico molecular ou de aumento significativo da quitotriosidase. O diagnóstico genético é feito por meio de análise do gene GBA1.

Inclusão de Informação: IMIGLUCERASE - Administração: O aumento da dose ou a substituição do tratamento deverão ser Avaliados Centralmente pela DIAF.

16. DOENÇA DE PARKINSON:

RESUMO:

Inclusão de Medicamento: RASAGILINA.

Associações Não Permitidas:

Onde se lê:

- Bromocriptina + Pramipexol
- Entacapona + Tolcapona

Leia-se:

- Bromocriptina + Pramipexol
- Entacapona + Tolcapona
- Selegilina + Rasagilina

FORMULÁRIO:

Onde se lê:

Para Entacapona, Tolcapona, Clozapina: Paciente faz uso concomitantemente de Levodopa.

Leia-se:

Para Entacapona, Tolcapona, Clozapina e Rasagilina: Paciente faz uso concomitantemente de Levodopa?

17. DOENÇA FALCIFORME

Validade dos Exames:

Onde se lê: - Hemograma completo, contagem de plaquetas, contagem de reticulócitos, Beta-HCG (<55 anos), sorologia para HIV, Anti-HCV, HBsAg, dosagem de ácido úrico, AST, ALT e creatinina: 3 meses.

Leia-se: - Hemograma completo, contagem de plaquetas, contagem de reticulócitos, Beta-HCG (<55 anos), dosagem de ácido úrico, AST, ALT e creatinina: 3 meses;
- Sorologia para HIV, Anti-HCV, HBsAg: 6 meses.

18. DOR CRÔNICA:

RESUMO:

Inclusão:

Onde se lê: Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica). Também devem ser apresentados os escores da escala de dor LANSS para definição do tipo.

Leia-se: Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com Dor Neuropática:

- Apresentando na escala de dor EVA intensidade > 4 (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica);
- Apresentando na escala de dor LANSS escores > 16 (para definição do tipo); E
- Tenham feito uso prévio de antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos em associação.

Especialidade Médica: Novas Solicitações e Adequações:

Onde se lê: Neurologista ou especialista da dor.

Leia-se: Neurologista, Anestesiista, Reumatologista Oncologista, Ortopedista/Traumatologista ou outro especialista da dor.

FORMULÁRIO:

Onde se lê: Assinalar **pelo menos 1 (uma)** alternativa de **cada** grupo **ou** preencher a justificativa abaixo.

Leia-se: Assinalar **pelo menos 1 (uma)** alternativa de **cada** grupo **USADOS EM ASSOCIAÇÃO, ou** preencher a justificativa abaixo.

19. DPOC

RESUMO:

Inclusão:

Onde se lê: (...) Mudanças de medicamentos ou posologia:

- Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.

Leia-se: (...) Mudanças de posologia:

• Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. Para o aumento ou redução da dosagem para Asma Controlada ou Leve não há exigência de especialista.

Mudanças de medicamentos (encaminhar para avaliação central – DIAF/SC):

• Obrigatório relato médico do estágio ou grau da asma para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.

FORMULÁRIO:

DPOC (J44.0, J44.1, J44.8) – Portaria SAS/MS nº 609 – 2013:

Onde se lê:

2) Paciente maior que quarenta anos de idade deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de:

SEM TRATAMENTO (campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior a 70% e laudo apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo após o teste com broncodilatador (PÓS-BD);

COM TRATAMENTO (campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior ou superior a 70% PÓS-BD e laudo da espirometria Normal ou apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico.

Leia-se:

2) Paciente maior que quarenta anos de idade deve anexar ESPIROMETRIA (validade 1 ano) com resultado de:

SEM TRATAMENTO (assinalar NÃO no campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior a 70% e laudo apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo após o teste com broncodilatador (PÓS-BD);

COM TRATAMENTO (assinalar SIM no campo 12 do LME) = VEF1/CVF inferior ou superior a 70% PÓS-BD e laudo da espirometria Normal ou apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo ou Restritivo ou Combinado/Misto ou Inespecífico.

Onde se lê: 4) Paciente deve apresentar **no mínimo um** critério de inclusão: (...).

Leia-se: 4) Paciente deve apresentar **no mínimo um** fator de risco como critério de inclusão: (...).

20. ESCLEROSE SISTÊMICA

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Relato médico descrevendo a sintomatologia do paciente e tratamentos prévios.

Leia-se: Formulário Médico para Esclerose Sistêmica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico (validade: 60 dias).

CICLOFOSFAMIDA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) PU; (...).

Leia-se: (...) EQU; (...).

AZATIOPRINA – Exclusão:

Onde se lê: Imunossupressão (AIDS, linfoma e outros), infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, neoplasia maligna em atividade.

Leia-se: Imunossupressão (AIDS, linfoma e outros), infecção ativa, tuberculose, neoplasia maligna em atividade.

METOTREXATO – Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 60 comprimidos e 5 ampolas.

Leia-se: 40 comprimidos e 4 ampolas.

Validade dos Exames:

Onde se lê: (...) PU; (...).

Leia-se: (...) EQU; (...).

Critérios de Inclusão:

Onde se lê:

- Critérios de LeRoy e Medsger:
 - Evidência objetiva (observada pelo médico) de fenômeno de Raynaud mais padrão SD (escleroderma) associada à capilaroscopia periungueal (CPU) **OU** autoanticorpos específicos para ES (anticentrômero, antitopoisomerase I, antifibrilarina, anti-PM-Scl, **OU** anti-RNA polimerase I ou III), **OU**
 - Evidência subjetiva (à anamnese) de Fenômeno de Raynaud mais padrão SD associada à CPU **E** autoanticorpos específicos para ES.

Leia-se:

- Critérios de LeRoy e Medsger:
 - Evidência objetiva (observada pelo médico) de fenômeno de Raynaud associada à capilaroscopia periungueal (CPU) com padrão escleroderma (SD) **OU** autoanticorpos específicos para ES (anticentrômero, antitopoisomerase I, antifibrilarina, anti-PM-Scl, anti-RNA polimerase I ou III), **OU**
 - Evidência subjetiva (à anamnese) de Fenômeno de Raynaud associada à CPU com padrão SD **E** autoanticorpos específicos para ES.

Inclusão de Informação: **SILDENAFILA - Anexos Obrigatórios:** AST e ALT.

Inclusão de Documento: Formulário Médico para Esclerose Sistêmica.

21. ESPONDILITE ANCILOSANTE:

Inclusão:

Onde se lê: Serão incluídos neste Protocolo:

- Pacientes com até 45 anos que apresentarem o critério A e pelo menos 1 dos critérios B e C, abaixo:
 - A) lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses; e
 - B) sacroiliíte em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite** ou
 - C) antígeno HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite**.
- Pacientes com mais de 45 anos que apresentem pelo menos 1 dos critérios clínicos A, B ou C e pelo menos 1 dos critérios radiológicos D e E:
 - A) lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração; ou
 - B) limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal; ou
 - C) expansão torácica inferior a 2,5 cm; e
 - D) radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4 ou
 - E) radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4.

Obs: Ver estratégias de tratamento***

Leia-se: Inclusão: Pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque OU os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade.

Critérios de classificação modificados de Nova Iorque (critério A + critério B e/ou C):

- A) lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos.
- B) sacroiliíte em exames de imagem* e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite** ou
- C) antígeno HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite**.

Critérios *Assessment of SpondyloArthritis International Society* - ASAS (critérios clínicos A ou B ou C + critérios radiológicos D ou E):

- A) lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração; ou
- B) limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal; ou
- C) expansão torácica inferior a 2,5 cm; e
- D) radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4 ou
- E) radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4.

*Radiografia simples ou ressonância magnética de articulações sacroilíacas.

**Lombalgia inflamatória, artrite, entesite, uveíte, dactilite, psoríase, doença de Crohn ou retocolite

ulcerativa, boa resposta a anti-inflamatórios não esteroidais (em 24-48 horas de máxima dose tolerada), história familiar de espondiloartrite, HLA-B27, proteína C reativa elevada.

Obs: Ver estratégias de tratamento***

METOTREXATO - Administração:

Onde se lê: A dose usual é de 7,5 mg a 25 mg, por via oral ou intramuscular, a cada semana.

Leia-se: 7,5 mg a 25 mg, por VO, SC ou IM, a cada semana.

INFLIXIMABE - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 2 ampolas.

Leia-se: Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. **Obs.:** Renovação de doses acima de 2 ampolas/mês: encaminhar LME e receita por e-mail à DIAF para autorização central.

Inclusão de Documento: Novo Formulário Médico.

22. ESQUIZOFRENIA:

RESUMO:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: • Formulário Médico para Esquizofrenia completamente preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente.

Leia-se: • Formulário Médico para Esquizofrenia completamente preenchido e assinado pelo médico.

FORMULÁRIO:

Onde se lê:

1. Paciente dispõe de familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde onde esteja asilado ou hospitalizado para acompanhamento do tratamento?

Leia-se:

1. Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento?

Onde se lê:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mérito e outras comorbidades? () Sim () Não.

Leia-se

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mérito e outras comorbidades. () Sim () Não.

Qual _____

Onde se lê:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou médico do CAPS

Leia-se

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou do CAPS ou de ambulatório de saúde mental

23. HEMANGIOMA INFANTIL

Validade dos Exames:

Onde se lê: - ALT e AST: 3 meses.

Leia-se: - ALT, AST e TSH: 3 meses.

24. HEPATITE AUTOIMUNE

Validade dos Exames:

Onde se lê: Exames: 6 meses.

Leia-se: - Fosfatase alcalina , AST, ALT, Hemograma completo e bilirrubina: 3 meses; - Gamaglobulina ou IgG, FAN, AML ou anti-LKM1, Anti-mitocôndria, anti-HAV IgM, HbsAg, anti-HBc total, anti-HCV e HCV-RNA qualitativo: 6 meses;- Histologia hepática (critérios para realização do score): 12 meses.

25. HEPATITE VIRAL CRÔNICA C E COINFEÇÕES

OMBITASVIR - Prescrição Máxima Mensal:

Onde se lê: 112 cps/mês.

Leia-se: 28 cartelas/mês.

26. HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR:

Inclusão:

Onde se lê: (...) 3) Relato médico e exames complementares que comprovem o diagnóstico de HAP Grupo 1 e Classe Funcional II, III ou IV na classificação da NYHA/OMS; (...)

Leia-se: (...) 3) Relato médico confirmando HAP Grupo 1 e Classe Funcional II, III ou IV na classificação da NYHA/OMS e anexar exames complementares que comprovem o diagnóstico; (...)

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) 2) Teste de caminhada; 3) Relato médico e exames complementares que comprovem o diagnóstico de HAP Grupo 1 e Classe Funcional II, III ou IV (NYHA/OMS); 4) Teste de reatividade vascular (Exceto para CID I27.8); (...).

Leia-se: (...)

2) Teste de caminhada (6 minutos); 3) Relato médico confirmando HAP Grupo 1 e Classe Funcional II, III ou IV na classificação da NYHA/OMS e anexar exames complementares que comprovem o diagnóstico; 4) Teste de reatividade vascular pulmonar (Exceto para CID I27.8); (...)

Inclusão de Informação: SILDENAFILA - Anexos Obrigatórios: Para HAPI (Idiopática): Teste de reatividade vascular pulmonar POSITIVO e relato de falha terapêutica com o uso de bloqueadores de cálcio.

27. ICTIOSES:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) - Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98), além do Termo de Consentimento do PCDT/MS.

• ATENÇÃO: será aceito apenas termo conforme Portaria nº 344. Existem dois tipos, sendo um para mulheres em idade fértil e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens.

Leia-se: (...) - Receituário de Controle Especial para Retinoides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).

- Atenção: Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;
- Para mulheres com idade <55 anos é obrigatória a descrição no Termo do uso de ao menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais no período de 2 meses antes e depois do tratamento;
- Pacientes <21 anos deverão contar com responsável para incluir o nome e assinar no campo devido.

28. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES):

Inclusão de Medicamento: CLOROQUINA

Associações Não Permitidas:

Onde se lê: (...) Exceção: Hidroxicloroquina (pode ser associada a qualquer outro medicamento deste PCDT).

Leia-se: (...) Exceção: Hidroxicloroquina e Cloroquina (podem ser associadas a qualquer outro medicamento deste PCDT, mas não entre si).

CICLOFOSFAMIDA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h, B-HCG para mulheres em idade fértil < 55 anos, creatinina, sódio e potássio.

Leia-se: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h e B-HCG para mulheres < 55 anos.

CICLOSPORINA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h, creatinina, B-HCG para mulheres em idade fértil < 55 anos, sódio, potássio e ácido úrico.

Leia-se: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h, creatinina e B-HCG para mulheres < 55 anos.

DANAZOL - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h, B-HCG para mulheres em idade fértil < 55 anos, creatinina, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL, triglicerídios, AST e ALT.

Leia-se: Hemograma com plaquetas, EQU ou proteinúria de 24h, B-HCG para mulheres < 55 anos, creatinina, fosfatase alcalina, AST e ALT.

Validade dos Exames:

Onde se lê: - Hemograma com plaquetas, contagem de reticulócitos, EQU, proteinúria de 24h, fosfatase alcalina, ALT, AST, CPK (Fosfocreatinoquinase), aldolase, creatinina, ureia, sódio, potássio, ácido úrico, colesterol total, HDL, triglicerídios, VDRL: 3 meses;

- B-HCG para mulheres < 55anos: 3 meses;

- Avaliação oftalmológica, anticardiolipina IgG ou IgM, FAN, anti-DNA nativo, anti-Sm, anticoagulante lúpico, e FTA-Abs: 12 meses.

Leia-se: - Hemograma com plaquetas, EQU, proteinúria de 24h, fosfatase alcalina, ALT, AST, CPK (Fosfocreatinoquinase), aldolase, creatinina, ureia: 3 meses;

- B-HCG para mulheres < 55anos: 3 meses;

- Avaliação oftalmológica: 12 meses;

- Exames relativos aos Critérios de Inclusão: validade indeterminada.

Inclusão de Informação: Anexos Obrigatórios: Para os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico definidos por exames laboratoriais, esses exames devem ser anexados ao processo.

29. MIASTENIA GRAVIS

Inclusão de Documento: Novo Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

30. OUTRAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DA PELE

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...)

- Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98), além do Termo de Consentimento do PCDT/MS.

ATENÇÃO: será aceito apenas termo conforme Portaria nº 344. Existem dois tipos, sendo um para mulheres em idade fértil e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens.

Leia-se: (...)

- **Receituário de Controle Especial para Retinoides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).**

- **Atenção:** Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;
- **Para mulheres com idade <55 anos é obrigatória a descrição no Termo do uso de ao menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais no período de 2 meses antes e depois do tratamento;**
- **Pacientes <21 anos deverão contar com responsável para incluir o nome e assinar no campo devido.**

31. PITIRÍASE RUBRA PILAR

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) - Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98), além do Termo de Consentimento do PCDT/MS.

ATENÇÃO: será aceito apenas termo conforme Portaria nº 344. Existem dois tipos, sendo um para mulheres em idade fértil e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens.

Leia-se: (...) - Receituário de Controle Especial para Retinoides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).

- **Atenção:** Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;
- **Para mulheres com idade <55 anos é obrigatória a descrição no Termo do uso de ao menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais no período de 2 meses antes e depois do tratamento;**
- **Pacientes <21 anos deverão contar com responsável para incluir o nome e assinar no campo devido.**

32. PSORÍASE

RESUMO:

Inclusão:

Onde se lê: (...) - Psoríase palmoplantar resistente a tratamentos tópicos com corticóides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos com uso contínuo por 3 meses; (...).

Leia-se: (...) - Psoríase palmoplantar resistente a tratamentos tópicos com corticóides de alta potência (e.x. Clobetasol) e/ou análogo da vitamina D e/ou queratolíticos com uso contínuo por 3 meses; (...).

ACITRETINA – Administração:

Onde se lê: Iniciar com 25mg até 75mg/dia por 2 a 4 semanas.

Leia-se: Adultos: Iniciar com 25mg até 75mg/dia por 2 a 4 semanas; Crianças: Dose máxima 0,4 a 0,5 mg/kg/dia.

CICLOSPORINA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) Qualitativo de urina (PCU), hemograma, VHS, AST, ALT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, gama-GT, colesterol total e frações, triglicerídeos, magnésio, cálcio, ácido úrico e potássio.

Leia-se: (...) Qualitativo de urina (PCU), hemograma, VHS, AST, ALT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, gama-GT, colesterol total e frações, triglicerídeos, magnésio, cálcio, ácido úrico, potássio, Teste de Mantoux (PPD) e radiografia do tórax.

Inclusão de Informação: ACITRETINA - Inclusão:

Para ACITRETINA- Receituário de Controle Especial para Retinoides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).

- Atenção: Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;
- Para mulheres com idade <55 anos é obrigatória a descrição no Termo do uso de ao menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais no período de 2 meses antes e depois do tratamento;
- Pacientes <21 anos deverão contar com responsável para incluir o nome e assinar no campo devido.

33. PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

RESUMO:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) Relato médico com diagnóstico clínico; Formulário Médico para PPC e avaliação continuada completamente preenchida e carimbada pelo médico; (...).

Leia-se: (...) Relato médico com diagnóstico clínico (anamnese no LME); Formulário Médico para PPC completamente preenchido e carimbado pelo médico; Avaliação Continuada preenchida com no mínimo 2 (duas) avaliações médicas; (...).

Reavaliações Semestrais:

- LME;
- Receita;
- Gráfico de Crescimento atualizado;
- Formulário Médico para PPC da abertura do processo;
- Avaliação Continuada com dados das últimas consultas.
- Rx de mãos e punhos com idade óssea a cada 12 meses (Laudo).

Inclusão de Documento: Avaliação Continuada Puberdade Precoce Central.

34. RETOCOLITE ULCERATIVA

Inclusão:

Onde se lê: Diagnóstico clínico de retocolite ulcerativa (enterocolite, ileocolite, proctite, retossigmoidite, pseudopolipose do cólon, proctocolite) com doença intestinal ativa ou em remissão clínica com comprovação por exames. Pacientes > 12 anos*.

Leia-se: Diagnóstico endoscópico ou histológico de retocolite ulcerativa (enterocolite, ileocolite, proctite, retossigmoidite, pseudopolipose do cólon, proctocolite) com doença intestinal ativa ou em remissão clínica. Pacientes > 12 anos*.

Especialidade Médica:

Onde se lê: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.

Leia-se: Conforme PCDT não há exigência de especialidade. **Exceção:** Pacientes Pediátricos < 12 anos: Gastroenterologista ou Proctologista.

SITUAÇÕES ESPECIAIS: Pacientes Pediátricos < 12 anos:

Onde se lê: Pacientes menores de 12 anos poderão fazer uso somente com aval e justificativa de dois médicos especialistas, além da apresentação dos anexos obrigatórios.

Leia-se: Solicitação apenas de médico especialista.

35. SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

CID 10:

Onde se lê: I20.0, I20.1, I21.0, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8 e I24.9

Leia-se: I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8 e I24.9

36. SÍNDROME DE TURNER:

RESUMO:

Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: (...) Avaliação continuada (Última folha do Formulário Médico); Curva de Crescimento (Específica de Turner); (...).

Leia-se: (...) Avaliação Continuada preenchida com no mínimo 2 (duas) avaliações médicas; Gráfico de Crescimento; (...).

Inclusão de Documento: Avaliação Continuada Deficiência de GH e Síndrome de Turner.

37. SOBRECARGA DE FERRO

DEFERIPRONA - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Ferritina sérica, biópsia hepática ou ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. Cretinina sérica, uréia, ALT, AST, hemograma. Informar peso do paciente.

Leia-se: Ferritina sérica OU Biópsia hepática OU Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. **Exames:** cretinina sérica, uréia, ALT, AST e hemograma. Informar o peso do paciente.

DEFERASIROX - Anexos Obrigatórios:

Onde se lê: Ferritina sérica, biópsia hepática ou ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. Cretinina sérica, uréia, Proteinúria, ALT, AST. Informar peso do paciente.

Leia-se: Ferritina sérica OU Biópsia hepática OU Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. **Exames:** cretinina sérica, uréia, proteinúria, ALT e AST. Informar o peso do paciente.

38. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

FORMULÁRIO:

Onde se lê:

1. Paciente dispõe de familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde onde esteja asilado ou hospitalizado para acompanhamento do tratamento?

Leia-se:

1. Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento?

Onde se lê:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellito e outras comorbidades? () Sim () Não.

Leia-se:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellito e outras comorbidades. () Sim () Não.

Qual _____

Onde se lê:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou médico do CAPS

Leia-se:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou do CAPS ou de ambulatório de saúde mental

39. TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

FORMULÁRIO:

Onde se lê:

1. Paciente dispõe de familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde onde esteja asilado ou hospitalizado para acompanhamento do tratamento?

Leia-se:

1. Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento?

Onde se lê:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellito e outras comorbidades? () Sim () Não.

Leia-se:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellito e outras comorbidades. () Sim () Não.

Qual _____

Onde se lê:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou médico do CAPS

Leia-se:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou do CAPS ou de ambulatório de saúde mental

40. TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

FORMULÁRIO:

Onde se lê:

1. Paciente dispõe de familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde onde esteja asilado ou hospitalizado para acompanhamento do tratamento?

Leia-se:

1. Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento?

Onde se lê:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mérito e outras comorbidades? () Sim () Não.

Leia-se:

2. Paciente possui história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mérito e outras comorbidades. () Sim () Não.

Qual_____

Onde se lê:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou médico do CAPS

Leia-se:

3. Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou do CAPS ou de ambulatório de saúde mental.