

ENDOMETRIOSE				
Portaria SAS/MS n° 879 – 12/07/2016				
Medicamento	DANAZOL	GOSSERRELINA	LEUPRORRELINA	TRIPTORRELINA
CID 10	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8			
Apresentação	100mg (cápsula)	3,6mg e 10,8mg (seringa preenchida)	3,75mg (frasco ampola) e 11,25mg - <b>Suspensa</b> (frasco ampola)	3,75mg e 11,25mg (frasco ampola)
Inclusão	<p>Serão incluídas pacientes que apresentarem <b>TODOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b> abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de endometriose por videolaparoscopia/laparotomia com laudo descritivo (Classificação revisada da ASRM) ou resultado de exame anatomopatológico de biópsia peritoneal;</li> <li>• Dor pélvica como manifestação clínica a ser tratada;</li> <li>• Tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ou recidiva de sintomatologia de dor associada à endometriose.</li> </ul> <p><b>Retratamento ou tratamento acima de 6 meses: a solicitação será encaminhada para análise da Comissão de Ginecologia.</b></p>			
Anexos Obrigatórios	<p>- <b>Relato médico</b> com os critérios de inclusão, sintomas e tratamento prévio;</p> <p>- Hemograma com plaquetas;</p> <p>- Beta HCG;</p> <p>- Laudo de videolaparoscopia/laparotomia ou anatomopatológico</p>			
	Exames: AST, ALT, ureia e creatinina.			
Administração	200 a 400mg 2x ao dia, VO. <b>Dose máxima:</b> 800mg.	3,6mg mensal ou 10,8mg a cada 3 meses	3,75mg mensal ou 11,25mg a cada 3 meses	3,75mg mensal ou 11,25mg a cada 3 meses
Prescrição Máxima Mensal	248 cápsulas	1 ampola de 3,6mg por mês ou 1 ampola de 10,8mg a cada 3 meses.	1 ampola de 3,75mg por mês ou 1 ampola de 11,25mg a cada 3 meses.	1 ampola de 3,75mg por mês ou 1 ampola de 11,25mg a cada 3 meses.
Monitoramento	- AST, ALT, ureia, creatinina e contagem de plaquetas a cada 4-6 meses. - Evitar o uso em pacientes com porfiria.	Anexar a avaliação do risco de osteoporose laudado pelo médico assistente para tratamento superior a 6 meses. Para retratamento acima de 6 meses é obrigatório anexar o laudo/relato médico descrevendo a permanência ou recidiva dos sintomas, atestando a ausência de resposta terapêutica ao tratamento com análogos do GnRH por 6 meses e também <b>avaliação de risco para osteoporose e exame de Beta HCG.</b>		
Exclusão	<p>- Gestação, lactação, sangramento genital de origem desconhecida;</p> <p>- Hipersensibilidade ou contraindicação ao(s) medicamento(s).</p> <p>- Doença tromboembólica ativa ou histórico de trombose;</p> <p>- Disfunção hepática, renal ou cardíaca grave.</p>			

<b>Tempo de Tratamento</b>	3 a 6 meses. <b>Para retratamento encaminhar laudo médico com sintomatologia que ateste permanência ou recidiva dos sintomas e avaliação do risco para osteoporose.</b>	
<b>Associações Permitidas</b>	<b>Não</b> Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.	
<b>Validade dos Exames</b>	- AST, ALT, hemograma com plaquetas, ureia, creatinina: 3 meses; - Beta-HCG: 30 dias; - Videolaparoscopia, laparotomia e anatomopatológico: 12 meses.	
<b>Especialidade Médica</b>	<b>Novas Solicitações e Adequações</b>	Ginecologista e Obstetra
	<b>Renovações Sem Alterações</b>	Ginecologista e Obstetra
<b>CID-10:</b> <b>N80.0</b> Endometriose do útero <b>N80.1</b> Endometriose do ovário <b>N80.2</b> Endometriose da trompa de Falópio <b>N80.3</b> Endometriose do peritônio pélvico <b>N80.4</b> Endometriose do septo retovaginal e da vagina <b>N80.5</b> Endometriose do intestino <b>N80.8</b> Outra endometriose  * Todos os CID-10 descritos só poderão ser cadastrados no SIMEDEX para pessoas do sexo feminino.		