

HEMANGIOMA INFANTIL	
Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 6 – 23/02/2018	
Medicamento	ALFAINTERFERONA 2B
CID 10	D18.0
Apresentação	3.000.000UI, 5.000.000UI e 10.000.000UI injetável (frasco-ampola)
Inclusão	Crianças com idade inferior a cinco anos, com diagnóstico clínico (que pode ser complementado por exames de imagem, avaliação endoscópica ou anátomo-patológico) de HI e pelo menos uma das características abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal; - envolvimento de estrutura com risco de dano funcional ou cosmético permanente; - presença de dor ou sangramento; - insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; ou - hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a um ano.
Anexos Obrigatórios	ALT, AST, TSH; Relatório com diagnóstico clínico e descritivo da condição clínica do paciente (pode ser acompanhado de Exames de imagem, avaliação endoscópica ou anátomo patológico).
Administração	3.000.000 UI/m ² /aplicação (ou 100.000 UI/Kg/aplicação), SC, 5x/semana por 3 meses; Após 3 meses, se necessário manter o tratamento, reduzir para 3x/semana no máximo até 12 meses.
Prescrição Máxima Mensal	77 frascos-ampolas; 46 frascos-ampolas e 23 frascos-ampolas respectivamente
Monitoramento	Hemograma completo, AST, ALT nas semanas 2, 8 e 12 e a cada 60 dias posteriormente. TSH antes do início e no final do tratamento, ou a qualquer tempo em caso de paciente com hipotireoidismo. Se neutropenia moderada (500-1.000/mm ³) ou elevação assintomática de transaminases (até 5x normal) interromper temporariamente e reiniciar com redução de 30% da dose após normalização. Se neutropenia grave (<500/mm ³), alterações sintomáticas de transaminases ou elevação >5x normal, interromper temporariamente e reiniciar com redução de 50% da dose após normalização. Efeito adverso com risco a vida, interromper o tratamento definitivamente.
Exclusão	História de hipersensibilidade ou contra-indicação a um dos medicamentos contidos no protocolo; presença de hepatite autoimune; presença de hepatopatia grave definida por elevação de transaminases/aminotransferases acima de cinco vezes o valor da normalidade ou prolongamento no tempo de protrombina (INR acima de 1,5).
Tempo de Tratamento	Até 12 meses
Validade dos Exames	- ALT, AST e TSH: 3 meses; - Exames de imagem, endoscópicos ou anátomo patológico : 12 meses.
Especialidade Médica	Não especificada a especialidade médica necessária.
CID-10: D18.0 Hemangioma de qualquer localização	