TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA	
Portaria Conjunta SAES/SCTIE n° 41 - 25/02/2026	
CID 10	D69.3
Inclusão **Critérios Gerais**	Serão incluídos neste Protocolo pacientes de qualquer idade com diagnóstico de PTI primária, definido como contagem de plaquetas menor que 100.000/mm³ e descartando-se outras condições clínicas que cursam com trombocitopenia, como infecções, outras doenças autoimunes, imunodeficiência primárias, neoplasias, eventos adversos de medicamentos, trombocitopenias hereditárias, entre outras.
Medicamento	**IMUNOGLOBULINA HUMANA**
Apresentação	2,5 g* e 5 g (frasco-ampola)
Inclusão	O paciente deve apresentar um dos seguintes critérios: - Presença de sangramento significativo, incluindo emergências, definidas como presença de sangramento intracraniano ou mucoso, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória; **OU** - Contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm³; **OU** - Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento, que incluem: ➢ Presença de coagulopatias; **OU** ➢ Uso de anticoagulantes; **OU** ➢ Presença de doenças vasculares; **OU** ➢ Preparo para cirurgias e procedimentos invasivos[1]; **OU** ➢ Outros fatores de risco para sangramento, como exposição ocupacional, hipertensão arterial ou epilepsia não controladas. - **Gestantes**: se contraindicação ou ausência de resposta aos corticóides ou presença de sangramento, e plaquetas abaixo de 30.000mm³ durante a gestação.
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, HBsAg, Anti-HCV e HIV.
Administração	**Crianças e adolescentes:** 0,8 g/kg a 1g/kg/dia IV, em dose única **(repetir no segundo dia SOMENTE se plaquetas < de 30.000 mm³ ou < de 50.000 mm³ na presença de sangramento, até no máximo 2g/kg/ciclo); ou** 400mg/kg/dia, durante cinco dias. **Adultos**: 0,5 a 1 g/kg/dia IV, em aplicação única **(repetir no segundo dia SOMENTE se plaquetas < de 30.000 mm³ ou < de 50.000 mm³ na presença de sangramento, até no máximo 2g/kg/ciclo);** ou 400mg/kg/dia, durante cinco dias. **Gestantes**: 1 g/kg/dia IV, em aplicação única **(repetir no segundo dia SOMENTE se plaquetas < de 30.000 mm³ até no máximo 2g/kg/ciclo);** ou 400mg/kg/dia, durante cinco dias.
Prescrição Máxima Mensal	100 amp (5 g) ou 200 amp (2,5 g)*
Monitoramento	**Monitoramento inicial:** hemograma completo **diário** em caso de sangramento ativo ou **plaquetas < 10.000/mm³**, conforme avaliação médica. **Reavaliação:** hemograma e avaliação clínica **após 3 semanas** do episódio inicial. **Seguimento:** nova avaliação **entre 3 e 6 meses** para identificação de possível evolução para **PTI crônica**. **PTI crônica:** monitoramento conforme protocolo para **adultos**. **Observação:** a **frequência dos exames** deve ser definida pelo médico, considerando quadro clínico, tratamento, fase da doença, risco hemorrágico e monitoramento de eventos adversos.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao medicamento.	
Tempo de Tratamento	Dose única, sendo repetida no segundo dia se plaquetas mantiverem-se < 30.000/mm³ **(ou < 50.000/mm³ em Situações de Emergência)**, ou cinco dias consecutivos quando usar a dose de 400mg/kg/ciclo.	
Medicamento	**AZATIOPRINA**	**CICLOFOSFAMIDA**
Apresentação	50mg (comprimido)	50mg (drágea)
Inclusão	O paciente deve apresentar **todos** os seguintes critérios: - PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico); **E** - Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) **ou** contraindicação aos medicamentos de primeira linha (i.e., corticoides e IVIg).	
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, HBsAg, Anti-HCV e HIV; - PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: em caso de PPD ≥ 5 mm ou IGRA positivo encaminhar relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose; - Rx ou TC de tórax (anexar somente laudo).	
	- Creatinina, AST, ALT e GGT.	- Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).
Administração	**Crianças e adolescentes:** 2 mg/kg/dia VO. **Adultos:** 150 mg/dia VO.	50 mg/m2 a 100 mg/m2 VO diariamente.
Prescrição Máxima Mensal	90 cp	60 drágeas
Monitoramento	- Dosagem de aminotransferases e transaminases hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP) a cada 8 semanas. - Hemograma completo a cada 6 meses.	- Realizar hemograma para avaliar a ocorrência de leucopenia a cada 2 semanas.
Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação.	
		Portadores de problemas da medula óssea, varicela (catapora), herpes zoster, obstrução das vias urinárias, cistite e infecções agudas. Mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento.
Tempo de Tratamento	A critério médico, o tempo de tratamento é definido de acordo com a contagem de plaquetas e o quadro clínico do paciente.	
	Suspender o tratamento se houver elevação das enzimas hepáticas (superior a 5x o valor de referência) ou se as contagens de leucócitos estiverem abaixo de 2.000/mm³ ou as de neutrófilos estiverem abaixo de 1.000/mm³. Nos casos de suspensão, pode-se reiniciar o tratamento com redução de 50% da dose, caso não tenha ocorrido tentativa prévia. Nos casos que necessitem de duas ou mais suspensões por toxicidade, o medicamento deve ser interrompido de forma definitiva.	Suspender temporariamente o tratamento se a contagem de leucócitos estiver abaixo de 2.000/mm³. Nos casos de suspensão, é possível reiniciar o tratamento com redução de 50% da dose (se não houver tentativa prévia). Nos casos que necessitem de duas ou mais suspensões por toxicidade, o medicamento deve ser interrompido de forma definitiva.

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

Medicamento	**RITUXIMABE - *Em breve***
Apresentação	500 mg injetável (frasco - ampola 50mL) 100 mg injetável (frasco - ampola 10mL)
Inclusão	O paciente deve apresentar **idade superior a 2 anos** e **todos** os seguintes critérios: - PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico); **E** - Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) **ou** contraindicação aos medicamentos de primeira linha (i.e., corticoides e IVIg).
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, dosagem sérica de imunoglobulinas (IgM, IgG e IgA), HBsAg, Anti-HCV e HIV; - PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: em caso de PPD ≥ 5 mm ou IGRA positivo encaminhar relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose; - Rx ou TC de tórax (anexar somente laudo).
Administração	375 mg/m2 por semana, por via intravenosa, durante quatro semanas.
Prescrição Máxima Mensal	***Aguardando atualização da Tabela Sigtap***
Monitoramento	Hemograma a cada 6 meses. TB ativa e ILTB: conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.
Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação. Pacientes em estado gravemente imunocomprometido, pacientes com infecções ativas e graves, insuficiência cardíaca grave (Classe IV da New York Heart Association) ou cardiopatia não controlada grave.
Tempo de Tratamento	4 semanas.
Medicamento	**ELTROMBOPAGUE**
Apresentação	25mg e 50mg (comprimido)
Inclusão	O paciente deve apresentar **idade superior a 6 anos** e **todos** os seguintes critérios: - PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico); **E** - 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 risco para sangramento) **OU** contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos a seguir: azatioprina **OU** ciclofosfamida **OU** rituximabe.
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, AST, ALT, GGT, dosagem de bilirrubina, HBsAg, Anti-HCV e HIV.
Administração	Dose inicial de 50 mg VO 1x/dia. Ajustar dose para atingir contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ até dose máxima de 75 mg/dia. Para pacientes com ascendência asiática, incluindo aqueles com insuficiência hepática, a dose inicial deve ser de 25 mg VO 1x/dia. **<u>Este medicamento terá REAVALIAÇÃO CENTRAL:</u>** **<u>Primeira:</u>** trimestral, anexar hemograma com plaquetas (realizado nos últimos 30 dias ou menos). **<u>Posteriormente:</u>** semestrais, anexar hemograma com plaquetas (realizado nos últimos 30 dias ou menos), AST, ALT, GGT e bilirrubina.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Prescrição Máxima Mensal	93 cp (25mg) 31 cp (50mg)
Monitoramento	Os pacientes devem ser avaliados quanto aos níveis séricos de ALT/TGT, AST/TGO, GGT e bilirrubina antes de iniciarem o tratamento, a cada 2 semanas durante a fase de ajuste da dose e mensalmente após o estabelecimento de uma dose estável. Deve-se realizar contagens de plaquetas 1x/semana no primeiro mês de tratamento e, posteriormente, 1x/mês, até atingir valores acima de 50.000/mm³. - Se as plaquetas < 50.000/mm^3, é indicado aumentar a dose diária até 75mg e não havendo resposta em 4 semanas, **SUSPENDER** o tratamento. - Se a contagem de plaquetas estiver entre 200.000/mm^3 e 400.000/mm^3, diminuir a dose em 25 mg/dia, avaliando novamente em duas semanas. Se houver necessidade, pode-se considerar diminuição da dose para 25 mg/dia em dias alternados. - Se a contagem de plaquetas > 400.000/mm^3, é necessário **INTERRROMPER** o tratamento, avaliar plaquetas duas vezes por semana até atingir < 150.000/mm^3 quando o paciente poderá reiniciar o tratamento com a menor dose diária (25mg).
Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação.
Tempo de Tratamento	A critério médico, o tempo de tratamento é definido de acordo com a contagem de plaquetas e o quadro clínico do paciente. Em caso de aparecimento de alterações leucoeritroblásticas no hemograma associadas à elevação de DHL pode ser indicativo de fibrose de medula óssea. Nesses casos deve-se considerar a realização de biópsia de medula óssea e a interrupção do tratamento ou troca da classe medicamentosa.
Medicamento	**ROMIPLOSTIM**
Apresentação	250 mcg/0,5 mL (pó para solução injetável)
Inclusão	O paciente deve apresentar **idade superior a 1 ano** e **todos** os seguintes critérios: - PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico); **E** - 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 risco para sangramento) **OU** contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos a seguir: azatioprina **OU** ciclofosfamida **OU** rituximabe.
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, HBsAg, Anti-HCV e HIV.
Administração	Dose inicial de 1 mcg/kg/semana via SC. As doses subsequentes devem ser ajustadas para manter a contagem de plaquetas dentro do intervalo de 50.000 a 200.000/mm³ até a dose máxima de 10 mcg/kg/semana.
Prescrição Máxima Mensal	20 frascos
Monitoramento	Hemograma a cada 6 meses.
Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação.
Tempo de Tratamento	A critério médico, o tempo de tratamento é definido de acordo com a contagem de plaquetas e o quadro clínico do paciente. Em caso de aparecimento de alterações leucoeritroblásticas no hemograma associadas à elevação de DHL pode ser indicativo de fibrose de medula óssea. Nesses casos deve-se considerar a realização de biópsia de medula óssea e a interrupção do tratamento ou troca da classe medicamentosa.

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

Medicamento	DANAZOL
Apresentação	100mg e 200mg (cápsula)
Inclusão	O paciente deve apresentar **idade superior a 18 anos** e **todos** os seguintes critérios: - PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico); **E** - 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 risco para sangramento) **OU** contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos a seguir: eltrombopague **OU** romiplostim.
Anexos Obrigatórios	- Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, HBsAg, Anti-HCV e HIV. - Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).
Administração	400 mg/dia a 800 mg/dia VO.
Prescrição Máxima Mensal	248 cap
Monitoramento	Realizar provas hepáticas (aminotransferases, transaminases, fosfatase alcalina) e perfil lipídico (colesterol total, DHL e triglicerídeos) mensalmente, nos primeiros três meses e, após, a cada seis meses, e ultrassonografia abdominal anualmente. Pacientes que apresentarem alterações na dosagem de aminotransferases e transaminases devem ter seus níveis séricos avaliados pelo menos a cada oito semanas até a estabilização. Alterações no perfil lipídico devem ser tratadas, inicialmente com orientações dietéticas, reservando o tratamento medicamentoso aos casos com alteração persistente ou a critério médico.
Exclusão	Outras causas de plaquetopenia[2], intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação. Insuficiência grave dos rins, do fígado e do coração. Mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento. Mulheres durante a amamentação.
Tempo de Tratamento	A critério médico, o tempo de tratamento é definido de acordo com a contagem de plaquetas e o quadro clínico do paciente. Interromper o tratamento se houver elevação das enzimas hepáticas (superior a 5x o valor de referência) e após reiniciar com dose 50% menor. Suspender imediatamente o tratamento em caso de surgimento de lesão hepática suspeita de neoplasia diagnosticada por meio de ultrassonografia abdominal.
Associações Não Permitidas	Não é permitida associação entre Azatioprina, Ciclofosfamida, Eltrombopague, Rituximabe, Rimoplostim e Danazol.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

<table>
<tr><td>Validade dos Exames</td><td colspan="2">- Hemograma com plaquetas: últimos 30 dias ou o mais recente possível.

- Hemograma com plaquetas para Imunoglobulina: se necessária a segunda dose de Imunoglobulina IV deve-se apresentar contagem de plaquetas recente realizada após a primeira dose do medicamento.

- Creatinina, AST, ALT, GGT, Bilirrubinas, dosagem sérica de imunoglobulina (IgM, IgG e IgA): 3 meses.

- PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: 12 meses. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB;

- Rx ou TC de tórax, HBsAg, Anti-HCV e HIV : 6 meses.

- Beta HCG: 30 dias.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Especialidade Médica</td><td>Novas Solicitações e Adequações</td><td>Definido pelo tipo de tratamento:</td></tr>
<tr><td>- PTI recentemente diagnosticada
- Situações de Emergência
- PTI Grave</td><td>Não especificada especialidade médica no PCDT.</td></tr>
<tr><td>- Uso crônico (PTI persistente ou refratária)</td><td>Hematologista</td></tr>
<tr><td>Renovações</td><td>Hematologista</td></tr>
</table>

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO:

Primeira linha de tratamento (corticóides e imunoglobulina humana):

Os corticoides compreendem o tratamento padrão inicial da PTI e reduzem o sangramento independentemente da elevação das plaquetas. Os corticoides disponíveis para tratamento da PTI são prednisona, prednisolona ou dexametasona.

A imunoglobulina humana intravenosa (IVIg) faz parte da primeira linha de tratamento, juntamente com os corticoides, e pode ser utilizada por crianças e adultos. O efeito do uso de altas doses de IVIg é comparável ao dos corticoides, mas com resposta em menor tempo (entre um e dois dias, podendo ocorrer incremento plaquetário nas primeiras oito horas).

Por apresentar potencial para recuperação mais rápida da plaquetopenia, a IVIg está indicada para casos de sangramento mucoso com maior repercussão clínica (epistaxe e gengivorragia volumosas ou sangramento do trato digestivo ou urinário). Nos casos com sangramento grave e situações de risco, recomenda-se a associação com alta dose de metilprednisolona ou transfusão de plaquetas. A IVIg também é efetiva como resgate em pacientes crônicos, e pode ser associada às demais terapias de primeira ou segunda linha.

Segunda linha de tratamento (azatioprina, ciclofosfamida, rituximabe, eltrombopague, romiplostim e danazol):

Os pacientes – sejam crianças ou adultos – que apresentarem plaquetometria persistentemente baixas (normalmente, abaixo de 30.000/mm^3) apesar do uso apropriado das terapias de primeira linha (corticoides e IVIg) são elegíveis aos tratamentos de segunda linha, bem como aqueles que apresentarem dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha.

- **Primeira etapa (azatioprina, ciclofosfamida e rituximabe):**

Recomenda-se que pacientes com PTI persistente ou crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) e com ausência de resposta ou dependência (uso crônico por mais de oito semanas) aos medicamentos de primeira linha sejam inicialmente tratados com rituximabe, azatioprina ou ciclofosfamida.

Em caso de contraindicação, falha ou ausência de resposta, o médico pode optar por tentar demais medicamentos da mesma etapa de tratamento antes de seguir para a próxima etapa. Por exemplo, pacientes que iniciam tratamento

com azatioprina e não obtém resposta, podem receber rituximabe ou ciclofosfamida antes de iniciarem tratamento com eltrombopague ou romiplostim.

- **Segunda etapa (eltrombopague e romiplostim - agonistas do receptor da trombopoetina (TPO-RAs)):**

Na ocorrência de falha terapêutica a azatioprina, ciclofosfamida ou rituximabe, os pacientes devem ser tratados com eltrombopague ou romiplostim. Pacientes que iniciam o tratamento com um TPO-RA podem utilizar um segundo medicamento da mesma classe em caso de falha ou ausência de resposta, antes de seguirem para a próxima etapa do tratamento.

- **Terceira etapa (danazol):**

No caso de falha, ausência de resposta ou contraindicação aos TPO-RA, os pacientes deverão ser tratados com danazol, com exceção de crianças e adolescentes pré-púberes, em vista do potencial de virilização desse medicamento e da sua segurança incerta nessa faixa etária.

GESTANTES:

O tratamento específico da gestante com PTI é similar ao de adultos, recomendando-se que seja instituído apenas quando houver indicação (contagem de plaquetas inferior a 20.000/mm³ ou 30.000/mm³). A primeira linha de tratamento é o emprego de corticoide.
Outra alternativa possível é a IgIV na dose de 400 mg/kg ao dia, por até 5 dias, ou de 1 g/kg por dia, administrado por 1 ou 2 dias, quando houver contraindicação ou ausência de resposta aos corticoides, bem como quando houver sangramento. A IgIV é bem tolerada e sua administração pode ser repetida para prevenir hemorragias ou manter a contagem segura de plaquetas para o parto.

CASOS ESPECIAIS:

- **Pacientes diabéticos insulino-dependentes, portadores de diabetes não controlada, distúrbios psiquiátricos ou infecção ativa:** recomenda-se que a terapia inicial seja realizada com IVIg devido às contraindicações relevantes associadas à terapia com corticoides em altas doses.

- **Pacientes com sangramento uterino anormal (SUA):** a SUA é frequente em mulheres com PTI crônica e interfere negativamente na qualidade de vida, particularmente em pacientes com baixa contagem de plaquetas. Nesses casos, contraceptivos orais podem ser usados para diminuir a frequência e a quantidade do sangramento menstrual.

- **Pacientes com coagulopatias hereditárias:** quando as manifestações clínicas do paciente são agravadas por um distúrbio subjacente na coagulação, é necessária uma avaliação adicional da função hemostática. A coexistência de múltiplos defeitos na hemostasia é rara, mas representa um grande desafio, exigindo tratamento preventivo com a reposição do fator deficiente, além do tratamento da PTI, com o objetivo de minimizar o risco de hemorragia.

- **Pacientes com doenças vasculares ou eventos trombóticos:** taxas aumentadas de eventos trombóticos venosos e arteriais foram relatadas em pacientes com PTI, mesmo no contexto de trombocitopenia acentuada. O risco de trombose é multifatorial, incluindo características da PTI, fatores de risco do paciente e tratamentos da PTI, particularmente esplenectomia e os agonistas do receptor da trombopoetina (TPO-Ras) (eltrombopague e romiplostim). O tratamento é desafiador, equilibrando riscos de sangramento e trombose. O uso criterioso de terapia antiplaquetária e anticoagulação é indicado, com limiares plaquetários sugeridos para orientar o tratamento.

- **Cirurgias:** o preparo para cirurgias em pacientes com PTI visa a reduzir o risco de sangramento durante procedimentos invasivos, ao elevar-se os níveis de plaquetas antes da cirurgia por meio de medicamentos, como corticoides, IVIg e TPO-RA (eltrombopague e romiplostim). Em cirurgias eletivas, a preparação é viável,

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

enquanto em cirurgias de emergência, a transfusão de plaquetas pode ser necessária, especialmente se os níveis estiverem abaixo de 50.000/mm3.

[2]**OUTRAS CAUSAS DE PLAQUETOPENIA NÃO CARACTERIZADAS COMO PTI PRIMÁRIA:**

PTI secundária:

- Doenças autoimunes/imunodeficiência: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, síndrome de Evans, imunodeficiência comum variável, outras doenças autoimunes.
- Infecções virais e bacterianas: HIV, HCV, HBV, mononucleose infecciosa, Helicobacter pylori.
- Neoplasias: doenças linfoproliferativas.
- Uso de medicamentos e vacinas.

Plaquetopenia não imune:

- Pseudoplaquetopenia (relacionada ao EDTA).
- Doença hepática: hipertensão portal, cirrose.
- Produção reduzida: falência da medula óssea (mielodisplasia, leucemia, outras neoplasias, doença metastática, anemia megaloblástica).
- Trombocitopenia hereditária.
- Consumo periférico de plaquetas: Coagulação intravascular disseminada, sepse, microangiopatia trombótica (púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica).
- Gestação: trombocitopenia gestacional, pré-eclâmpsia.

Este Protocolo tem como foco a PTI primária. Assim, a PTI secundária a outras causas deve ser investigada e tratada conforme recomendações específicas para a doença de base.

*** Imunoglobulina Humana 2,5 g somente poderá ser cadastrada para solicitação em casos de baixas doses. Bem como, dispensada no modo substitutivo quando houver falta da apresentação 5 g.**

CID-10
D69.3: Púrpura trombocitopênica idiopática

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica