

TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA	
Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 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/mm ³ 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	<p>O paciente deve apresentar um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presença de coagulopatias; OU ➤ Uso de anticoagulantes; OU ➤ Presença de doenças vasculares; OU ➤ Preparo para cirurgias e procedimentos invasivos¹; OU ➤ Outros fatores de risco para sangramento, como exposição ocupacional, hipertensão arterial ou epilepsia não controladas. - Gestantes: se contra-indicação ou ausência de resposta aos corticóides ou presença de sangramento, e plaquetas abaixo de 30.000/mm³ durante a gestação.
Anexos Obrigatórios	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário médico para PTI; - Hemograma com contagem de plaquetas, HbSAg, Anti-HCV e HIV.
Administração	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Prescrição Máxima Mensal	100 amp (5 g) ou 200 amp (2,5 g)*
Monitoramento	<p>Monitoramento inicial: hemograma completo diário em caso de sangramento ativo ou plaquetas < 10.000/mm³, conforme avaliação médica.</p> <p>Reavaliação: hemograma e avaliação clínica após 3 semanas do episódio inicial.</p> <p>Seguimento: nova avaliação entre 3 e 6 meses para identificação de possível evolução para PTI crônica.</p> <p>PTI crônica: monitoramento conforme protocolo para adultos.</p> <p>Observação: a frequência dos exames deve ser definida pelo médico, considerando quadro clínico, tratamento, fase da doença, risco hemorrágico e monitoramento de eventos adversos.</p>

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/mm ³ (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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, AST, ALT e GGT. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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/m ² a 100 mg/m ² VO diariamente.
Prescrição Máxima Mensal	90 cp	60 drágeas
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de aminotransferases e transaminases hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP) a cada 8 semanas. - Hemograma completo a cada 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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/mm ³ ou as de neutrófilos estiverem abaixo de 1.000/mm ³ . 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/mm ³ . 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.

Medicamento	RITUXIMABE - <i>Em breve</i>
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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 \geq 5 mm ou IGRA positivo encaminhar relato médico informando quimioprevenção para Tuberculose; - Rx ou TC de tórax (anexar somente laudo).
Administração	375 mg/m ² por semana, por via intravenosa, durante quatro semanas.
Prescrição Máxima Mensal	<i>Aguardando atualização da Tabela Sigtap</i>
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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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/mm ³ 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.

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/mm ³ . - 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 contra-indicação.
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 leucoeritoblásticas 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/mm ³ OU abaixo de 50.000/mm ³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento) OU contra-indicação 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/mm ³ 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 contra-indicação.
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 leucoeritoblásticas 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	DANAZOL
Apresentação	100mg e 200mg (cápsula)
Inclusão	O paciente deve apresentar idade superior a 18 anos e todos os seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 triglicérides) 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.

Validade dos Exames	<ul style="list-style-type: none"> - 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 : 12 meses. - Beta HCG: 30 dias.
----------------------------	--

Especialidade Médica	Novas Solicitações e Adequações	Definido pelo tipo de tratamento:
	- PTI recentemente diagnosticada - Situações de Emergência - PTI Grave	Não especificada especialidade médica no PCDT.
	- Uso crônico (PTI persistente ou refratária)	Hematologista
	Renovações	Hematologista

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/mm³) 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 contra-indicação 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 contra-indicação, 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 contra-indicação 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 contra-indicação 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 contra-indicações 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,

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/immunodeficiência: 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 e outras causas deve ser investigada e tratada conforme recomenda es específicas para a doença de base.

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

CID-10

D69.3: Púrpura trombocitop nica idiopática

DIAF
Diretoria de Assistência
Farmac utica