

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ACNE GRAVE</p> <p>Isotretinoína 10 e 20 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total, HDL e LDL; - Triglicerídeos; - ALT/TGP e AST/TGO; -BHCG para mulheres em idade fértil (validade: 30 dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos. ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: aos 30 dias e, após, trimestral. - BHCG para mulheres em idade fértil Periodicidade: Mensal 	<p>L70.0</p> <p>L70.1</p> <p>L70.8</p> <p>Dermatologista</p>
<p>ACROMEGALIA</p> <p>Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30 mg pó p/ suspensão F/A</p> <p>Cabergolina 0,5mg comp.</p> <p>Lanreotida 90mg e 120mg seringa preenchida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contra-indicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico. - Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada. - Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). Periodicidade: trimestral até um ano após controle da doença, e depois anual. 	<p>E22.0</p> <p>Endocrinologista</p>
<p>ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg caps. e 100mg/ml solução oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Reticulócitos; - Biópsia de medula óssea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com plaquetas, provas de função renal (uréia e creatinina), eletrólitos (potássio e magnésio) e enzimas hepáticas (ALT/TGP e AST/TGO) Periodicidade: Mensal 	<p>D61.1</p> <p>D61.2</p> <p>D61.3</p> <p>D61.8</p> <p>Hematologista</p>
<p>ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS</p> <p>Filgrastim 300mcg F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo - Biópsia de medula óssea (para uso crônico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo e plaquetas, TGO, TGP, creatinina e ácido úrico. Periodicidade: Mensal - Biópsia de medula (para uso crônico) Periodicidade: Anual 	<p>D46.0 / D46.1 / D46.7</p> <p>D61.0 / D61.1 / D61.2</p> <p>D61.3 / D61.8</p> <p>D70</p> <p>Z94.8</p> <p>Hematologista Infectologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</p> <p>Alfaepoetina /Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Índice de Saturação de Transferrina; - Ferritina Sérica; - Creatinina sérica; - Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina e Hematócrito Periodicidade: mensal - Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo Periodicidade: trimestral - Creatinina sérica Periodicidade: anual 	<p align="center">N 18.0 N 18.8</p> <p align="center">Nefrologista</p>
<p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO</p> <p>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100 mg/5mL EV amp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Índice de Saturação de Transferrina; - Ferritina sérica; - Creatinina Sérica; - Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina e hematócrito Periodicidade: mensal - Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo Periodicidade: trimestral 	<p align="center">N 18.0 N 18.8</p> <p align="center">Nefrologista</p>
<p>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drág.</p> <p>Ciclosporina: cápsula de 25mg, 50mg e 100 mg e solução oral com 100 mg/mL em frasco de 50 ml.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo; - Teste de Coombs direto; - Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <u>ou</u> Bilirrubina (total e frações) - Identificação do subtipo: * Para anemia por anticorpos quentes: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, <u>OU</u> * Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, <u>OU</u> * Para hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo. Para Ciclosporina: - Creatinina e aferição da pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas, DHL, reticulócitos e haptoglobina (a Hemoglobina deve ser mantida acima de 10 g/dl para garantir melhora dos sintomas clínicos). Periodicidade: Trimestral Para Ciclofosfamida: - Hemograma completo Periodicidade: Mensal ou em caso de mudança de dose. - ALT, AST, GGT e bilirrubinas Periodicidade: Mensal até 6 meses, depois trimestralmente. Para Ciclosporina: - Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial Periodicidade: Mensal Para Imunoglobulina: - Nível sérico de Creatinina e hemograma Periodicidade: Trimestral 	<p align="center">D59.0 D59.1</p> <p align="center">Hematologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>ANGIOEDEMA</p> <p>Danazol (MS)</p> <p>Ácido tranexâmico (Estado)</p>	<p>Para Danazol e Acido Tranexâmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem da fração C1-INH do complemento; - Dosagem de complemento C4. - Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave, bem como justificando o tratamento com danazol, caso paciente apresente uma das seguintes situações: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfíria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata 	<p>Apenas Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematócrito e hemoglobina, AST, ALT, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicérides; - Exame qualitativo de urina. <p>Periodicidade: Semestral</p> <p>- Ultrassonografia abdominal</p> <p>Periodicidade: Anual</p>	<p>D84.1</p> <p>Alergista e Imunologista</p>
<p>APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg caps. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Imunoglobulina 2,5g, 5g e 6g F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Reticulócitos - Biópsia e aspirado de medula óssea <p>Exames não obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomografia computadorizada de tórax - Anti HIV e Anti HCV - Anticorpo Antinuclear 	<p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: Mensal ou se mudança de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, GGT e bilirrubinas <p>Periodicidade: Mensal até 6 meses, após trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina <p>Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, Hemograma <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>D60.0</p> <p>Hematologista</p>
<p>ARTRITE PSORÍACA</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg caps. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml sol.inj e 2,5mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p>	<p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creatinina <p>Para Leflunomida e Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TGO, TGP, Uréia e Creatinina <p>Para Sufassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TGO, TGP <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TGO, TGP e Creatinina, PPD, Laudo do Raio X do Toráx. 	<p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creatinina <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Leflunomida e Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TGO, TGP, Hemograma e Creatinina <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Sufassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemograma, TGO, TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemograma, TGO, TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M07.0 M07.3</p> <p>Reumatologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>ARTRITE REATIVA (DOENÇA DE REITER)</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p>	<p>- Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares.</p>	<p>- Hemograma, EAS, Velocidade de Hemossedimentação (VHS). Periodicidade: no primeiro mês, e após, a cada 6 meses.</p>	<p align="center">M02.3</p> <p align="center">Reumatologista</p>
<p>ARTRITE REUMATÓIDE</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml sol.inj e 2,5mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p> <p>Abatacepte 250 mg F/A</p> <p>Certolizumabe pegol 200 mg/ml (18 anos)</p> <p>Golimumabe 50 mg(18 anos)</p> <p>Rituximabe 500 mg F/A (18 anos)</p> <p>Tocilizumabe 20 mg/ml (18 anos)</p>	<p>-Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 ou SDAI ou CDAI</p> <p>- Proteína C Reativa</p> <p>- VHS</p> <p>- Hemograma</p> <p>- Laudo de Raio X de mãos e punhos</p> <p>- Fator reumatoide sérico ou anti-CCP</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Avaliação oftalmológica</p> <p>Para Ciclosporina:- Creatinina</p> <p>Para Leflunomida e Metotrexato: TGO, TGP , uréia e creatinina</p> <p>Para Sulfassalazina: TGO, TGP</p> <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe, Abatacepte, Certolizumabe pegol, Golimumabe, Rituximabe e Tocilizumabe, : TGO, TGP e creatinina, PPD, Laudo de Raio X do tórax</p>	<p>- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 ou SDAI ou CDAI Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Leflunomida e Metotrexato: - TGO, TGP, Hemograma e Creatinina Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Azatioprina: Hemograma, TGO e TGP Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Sulfassalazina: - Hemograma, TGO e TGP Periodicidade:trimestral</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Avaliação oftalmológica Periodicidade: Anual - Hemograma, TGO e TGP Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe, Abatacepte, Rituximabe, Golimumabe e Certolizumabe pegol: - Hemograma, TGO, TGP Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Tocilizumabe: - Hemograma, TGO, TGP Periodicidade: Trimestral</p> <p>- Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos Periodicidade: semestral</p>	<p align="center">M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p align="center">M06.8 (exceto Azatioprina, Ciclosporina e Tocilizumabe)</p> <p align="center">M08.0 (exceto Certolizumabe, Golimumabe e Rituximabe)</p> <p align="center">Reumatologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>ASMA GRAVE</p> <p>Budesonida 200mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Formoterol 12mcg cápsula inalante</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg pó ou capsula inalante.</p> <p>Salmeterol 50mcg pó inalante ou aerossol bucal</p>	<p>Para maiores de 5 anos:</p> <p>- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador)</p>	<p>- Espirometria</p> <p>Periodicidade: Anual</p>	<p>J45.0 J45.1 J45.8</p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p>ASMA NÃO CONTROLADA (Protocolo Estadual)</p> <p>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</p> <p>Montelukaste 4mg sachê 5mg e 10mg comp.</p> <p>Omalizumabe 150mg F/A</p>	<p>Para maiores de 8 anos:</p> <p>- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador)</p> <p>Para Omalizumabe:</p> <p>- Teste alérgico de contato</p> <p>- Pesquisa de Imunoglobulina IgE alérgeno específica</p>	<p>- Espirometria</p> <p>Periodicidade: Anual</p>	<p>J45.0 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Portaria do MS)</p> <p>Clopidogrel 75mg compr.</p>	<p>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME)</p> <p>- Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Síndrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana;</p> <p>- No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista;</p> <p>- No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista e laudo de endoscopia digestiva alta.</p>	<p align="center">--</p>	<p>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 – I24.9</p> <p>Cardiologista</p>
<p>DERMATOMIOSITE POLIMIOSITE</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25, 50 e 100 mg comp. e 100 mg/mL sol. oral</p> <p>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</p> <p>Imunoglobulina 2,5 g, 5 g e 6 g</p> <p>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25mg/mL inj.</p>	<p>- CPK <u>ou</u> aldolase <u>ou</u> LDH (desidrogenase láctica) <u>ou</u> TGO/AST e TGP/ALT</p> <p>- Eletroneuromiografia</p> <p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina, hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>- Exame oftalmológico</p> <p>Para Metotrexato:</p> <p>-ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia, creatinina PPD, beta-HCG para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Imunoglobulina:</p> <p>-Pacientes refratários a glicocorticóides e</p>	<p>- CPK <u>ou</u> aldolase <u>ou</u> LDH <u>ou</u> TGO <u>ou</u> TGP</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma Completo, fosfatase alcalina, ALT/TGP, AST/TGO</p> <p>Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina</p> <p>Periodicidade: Mensal</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeos, sódio e potássio</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>- Exame oftalmológico</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <p>- Hemograma completo</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M33.0 M33.1</p> <p>M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<p>imunossupressores. - Dosagem de IgA</p>	<p>Para Metotrexato: - ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia e creatinina Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses e, após, trimestralmente.</p>	
<p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (HIPOPITUITARISMO)</p> <p>Somatropina 4 UI e 12 UI F/A</p>	<p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade cronológica maior que 02 anos; - Idade, peso e altura atuais; - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Estadiamento puberal de Tanner; - Altura dos pais biológicos; - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver; - Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea; - IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas; - Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia; - Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. - Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste. <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver; - IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas; - Colesterol total, HDL e triglicerídeos; - Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia); - Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon); - Densitometria óssea. 	<p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso e estatura Periodicidade: Semestral - Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre Periodicidade: Anual - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1 Periodicidade: anual ou quando houver ajuste de dose; - Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre Periodicidade: anual; - Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica Periodicidade: anual. 	<p>E23.0</p> <p>Endocrinologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>DIABETES INSÍPIDO</p> <p>Desmopressina 0,1mg/ml aplicação nasal - frasco</p>	<p>- Dosagem de volume urinário em 24 hs</p> <p>- Dosagem de sódio e osmolalidade plasmática</p> <p>- Dosagem de densidade e osmolalidade urinária</p> <p>- Dosagem de cálcio e glicose</p> <p>- Informações da clínica e o peso atual do (a) paciente, descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p>	<p>- Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p align="center">E23.2</p> <p align="center">Endocrinologista</p>
<p>DIABETES (ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO) (Protocolo Estadual)</p> <p>Insulina Glargina 100UI/ml F/A</p> <p>Insulina Detemir 100UI/ml</p>	<p>- Três determinações nos últimos 12 meses dos exames de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina glicosilada • Glicemia de jejum • Glicemia pós-prandial <p>- Comprovação de pelo menos 2 episódios de hipoglicemia, num período de 6 meses, mediante apresentação de exames laboratoriais e/ou laudo de atendimento médico no momento da crise e/ou histórico de glicemia capilar.</p> <p>- Informação se houve uso prévio das insulinas convencionais e esquema posológico utilizado, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p> <p>* Medicamento dispensado apenas para maiores de 6 anos.</p>	<p>- Hemoglobina glicosilada;</p> <p>- Glicemia de jejum;</p> <p>- Glicemia pós-prandial.</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p align="center">E10 / E10.2 E10.3 E10.4 / E10.5 / E10.6 E10.7 / E10.8 / E10.9 E11 / E11.2 / E11.3 E11.4 / E11.5 E11.6 E11.7 / E11.8 / E11.9</p> <p align="center">Endocrinologista</p>
<p>DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS)</p> <p>Atorvastatina</p> <p>Fenofibrato</p> <p>Ciprofibrato</p> <p>Acido Nicotínico</p>	<p>Atorvastatina: TSH; βHcG para mulheres em idade fértil; CPK, TGO, TGP; laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina.</p> <p>Ciprofibrato e Fenofibrato: TSH; βHcG para mulheres em idade fértil; TGO; TGP; CPK; triglicérides; laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos.</p> <p>Ácido nicotínico: TSH; βHcG para mulheres em idade fértil; laudo médico relatando que trata-se de paciente com indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contraindicação a elas e que não preenchem os critérios para uso de fibratos.</p>	<p>Atorvastatina: CPK, TGO, TGP.</p> <p>Periodicidade: após seis meses ou sempre que houver ajuste de dose.</p> <p>Ciprofibrato e Fenofibrato: TGO; TGP; CPK.</p> <p>Periodicidade: após seis meses ou sempre que houver ajuste de dose.</p>	<p align="center">E78.0 / E78.1 / E78.2 E78.3 / E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8</p> <p align="center">Endocrinologista Cardiologista Infectologista*</p> <p align="center">*poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV atendidos pelo programa DST/AIDS</p>
<p>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100 UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500 UI F/A</p>	<p>- Beta-HCG para mulheres em idade fértil;</p> <p>- Formulário de pontos de aplicação preenchido pelo médico assistente.</p>		<p align="center">G24.0 / G24.1 / G24.2 G24.3 / G24.4 / G24.5 G24.8 G51.8</p> <p align="center">Neurologista Ortopedista Oftalmologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>DOENÇA DE ALZHEIMER</p> <p>Donepezil 5mg e 10mg comp.</p> <p>Galantamina 8mg, 16mg e 24mg cáps de liberação prolongada</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg e 4,5mg, 6mg cápsula e 2mg/ml frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR); - Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo; - Hemograma; - Dosagem de sódio, potássio; - Glicose, uréia e creatinina; - Nível sérico de vitamina B12; - TSH e T4; - VDRL; - TGO e TGP 	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) <p>Periodicidade: Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p>Para Galantamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>G30.0 G30.1 G30.8</p> <p>Neurologista Geriatra Psiquiatra</p>
<p>DOENÇA DE CROHN</p> <p>Metilprednisolona 500 mg inj.</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Mesalazina 400mg, 500mg e 800 mg comp.</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Adalimumabe 40 mg ser. (maior de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) - Laudo endoscópico/ radiológico/ cirúrgico/ anatomopatológico <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, uréia, creatinina e EQU (EAS) <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, TGO, TGP <p>Para Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, PPD e RX tórax, <p>Para Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP, Hemograma, PPD e RX tórax, 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) <p>Periodicidade: Semestral, e quando houver mudança de dose.</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, uréia, creatinina e EQU (EAS) <p>Periodicidade: trimestral.</p> <p>Para Azatioprina: Hemograma completo, TGO e TGP</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma <p>Periodicidade: trimestral</p> <p>Para Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP e Hemograma <p>Periodicidade: Mensal nos dois primeiros meses e após trimestral.</p>	<p>K50.0</p> <p>K50.1</p> <p>K50.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista</p>
<p>DOENÇA DE GAUCHER</p> <p>Imiglucerase 200UI, 400UI inj. F/A</p> <p>Alfavelaglicerase 200 UI ou 400UI inj F/A</p> <p>Alfataliglicerase 200UI inj. Frasco</p> <p>Miglustate 100mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - LME com diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3. - Diagnóstico Bioquímico ou Genético demonstrado por um dos exames a seguir: exame da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos ou análise do gene GBA1 - Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores de acordo com o protocolo clínico. - Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica) - Hemograma completo - TGO/TGP/gama GT, tempo de protrombina, ferritina. - Ultrasonografia ou ressonância magnética do Abdômem. - Densitometria óssea (para > 19 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica) <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral</p> <p>TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina.</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eletroforese de proteínas a cada 3 anos <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora</p>	<p>E75.2</p> <p>Hematologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos - Eletroforese de proteína <p>Para Miglustate atentar também para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade igual ou superior a 18 anos - teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva. - Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico. <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>		
<p>DOENÇA DE PAGET/ OSTEÍTE DEFORMANTE</p> <p>Risendronato 5mg Comp</p> <p>Pamidronato 30mg inj. F/A</p> <p>Calcitonina 50 e 100UI – Sol Injetável</p> <p>Calcitonina 200UI – Aerossol Nasal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase Alcalina - Clearance de creatinina - Cálcio sérico - TGO/TGP - Bilirrubina total e frações - PTH - Acometimento de ossos longos em membros inferiores comprovado por exame de imagem (cintilografia óssea e radiografia de ossos longos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase Alcalina Periodicidade: Trimestral - Exame de imagem envolvendo crânio e ossos longos Periodicidade: Anual 	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista</p>
<p>DOENÇA DE PARKINSON</p> <p>Amantadina 100mg comp.</p> <p>Bromocriptina 2,5mg comp.</p> <p>Entacapona 200mg comp.</p> <p>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp.</p> <p>Selegilina 5mg comp.</p> <p>Tolcapona 100mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME) - Informações sobre a clínica do paciente, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte. <p>Para Amantadina e Pramipexol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia e creatinina 	<p>Para Bromocriptina: Ecocardiograma</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Para Tolcapona: ALT e AST</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Amantadina e Pramipexol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, creatinina <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p>G20</p> <p>Neurologista Geriatra</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>DOENÇA DE WILSON</p> <p>Penicilamina 250mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame Oftalmológico (lâmpada de fenda), - Concentração sérica de ceruloplasmina reduzida, - Cobre sérico livre, - Cobre urinário basal de 24h, - Concentração hepática de cobre (Biopsia Hepática). - Hemograma completo - Teste de Coombs 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cobre urinário de 24h Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. - Dosagem de cobre sérico livre Periodicidade: Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral. - Hemograma completo, EAS, dosagem de creatinina, exame físico (incluindo exame da pele, linfonodos e temperatura corporal) Periodicidade: cada 2 semanas nos 5 primeiros meses de tratamento e, após, mensal. - TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina Periodicidade: Semestral 	<p align="center">E83.0</p> <p align="center">Neurologista</p>
<p>DOENÇA FALCIFORME</p> <p>Hidroxiuréia 500 mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade > 3 anos * Se < 3 anos de idade, pelo menos um dos seguintes fatores deve estar presente: <ul style="list-style-type: none"> • Dactilite (antes do primeiro ano de vida); • Concentração de Hb < 7g/dl (média de 3 valores fora de evento agudo); • Contagem de leucócitos > 20.000/mm³ (média de 3 valores fora de evento agudo) - Hemograma completo e reticulócitos. - B-HCG para mulheres em idade fértil - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF - Sorologias para hepatite B e C e HIV - Dosagem sérica de ALT, AST e creatinina - Dosagem de ácido úrico 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, Plaquetas, Reticulócitos Periodicidade: Mensal - Creatinina, ALT e AST Periodicidade: Mensal até dose de manutenção, depois trimestral. - Hemoglobina F Periodicidade: Bimestral até dose de manutenção, depois semestral. - Dosagem de ácido úrico (<i>Solicitar somente quando níveis basais estiverem acima do limite normal</i>) Periodicidade: Mensal - Testes de desenvolvimento neuropsicomotor (somente para crianças com idade entre 9 e 17 meses) Periodicidade: Mensal 	<p align="center">D56.1 D56.8 D57.0 D57.1 D57.2</p> <p align="center">Hematologista Nefrologista (se insuficiência renal)</p>
<p>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS</p> <p>Imunoglobulina humana 2,5g, 5g e 6g</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idade inferior ou igual a 12 anos; 2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. <u>Crianças com idade < 18 meses:</u> quantificação do RNA viral plasmático e detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida; 2.2- Crianças com idade > 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos; 3 – Para HIV: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes; 4- Para púrpura trombocitopênica: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV; 	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, TGO e TGP Periodicidade: semestral 	<p>B20.0 – B20.1- B20.2- B20.3 – B20.4 – B20.5 – B20.6 – B20.7 – B20.8 – B20.9 – B22.0 – B22.1 – B22.2 - B22.7 – B23.0 – B23.1 – B23.2 – B23.8 – B24 D69 - D69.3</p> <p>Para HIV: Pediatra ou Infectologista</p> <p>Para Púrpura trombocitopênica: Hematologista, Pediatra ou Infectologista</p>

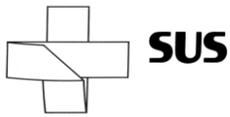
NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p align="center">DPOC (Critérios de uso)</p> <p>Tiotrópio 2,5mcg</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente (tempo da doença e medicações utilizadas), que podem estar descritas no LME ou em laudo médico à parte.</p> <p>Para maiores de 8 anos:</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR)</p>	<p>- Espirometria Periodicidade: Anual</p>	<p align="center">J44.0 J44.1 J44.8</p> <p align="center">Pneumologista</p>
<p align="center">DPOC (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200 e 400 mcg cápsula inalante</p> <p>Budesonida 200 mcg pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Formoterol 12mcg capsula inalante</p> <p>Salmeterol 50mcg pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg pó ou capsula inalante.</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente (tempo da doença e medicações utilizadas), que podem estar descritas no LME ou em laudo médico à parte.</p> <p>Para maiores de 8 anos:</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR)</p>	<p>- Espirometria Periodicidade: Anual</p>	<p align="center">J44.0 J44.1 J44.8</p> <p align="center">Pneumologista</p>
<p align="center">DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Gabapentina 300 mg</p> <p>Gabapentina 400 mg</p> <p>Codeína 3mg/ml sol.oral, 30 mg e 60 mg comp.</p> <p>Metadona 5 e 10mg comp.</p> <p>Morfina 10 mg e 30 mg comp.</p> <p>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada, e 10 mg/ml sol.oral</p>	<p>- Escala de Dor LANSS devidamente preenchida.</p> <p>- Informações sobre a clínica do paciente e terapia medicamentosa previamente utilizada para alívio da dor, descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p>	<p align="center">--</p>	<p align="center">R52.1 R52.2</p>
<p align="center">DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</p> <p>Tramadol 50mg</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente e terapia medicamentosa previamente utilizada para alívio da dor, descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p> <p>(Idade mínima: a partir de 16 anos de idade)</p>	<p align="center">--</p>	<p align="center">M15.3 / M19.9 M18.9 / M18.2 M19.1 / M18.0 M19.0 / M25.5 M79.6 / M54.5 M54.6 / R52.9 M54.9 / M43.9 M53.9 / M79.0</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>ENDOMETRIOSE</p> <p>Danazol 100mg cáps.</p> <p>Gosserrelina 3,6mg e 10,8 mg inj.</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg inj.</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</p> <p>- Laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>ou</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</p> <p>Para Danazol: - TGO, TGP</p>	<p>Para Danazol: - Contagem de plaquetas Periodicidade: Semestral</p>	<p>N80.0 N80.1 N80.2 N80.3 N80.4 N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista</p>
<p>ENXAQUECA (Critério de uso – Estadual)</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p>	<p>- Paciente maior de 18 anos;</p> <p>- Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</p> <p>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes)</p>	<p>- Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado. Periodicidade: Trimestral</p>	<p>G43 G43.0 G43.1 G43.3 G43.9</p> <p>Neurologista</p>
<p>EPILEPSIA</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cáps. Clobazam 10mg e 20mg comp.</p> <p>Topiramato 25mg,50mg e 100mg comp. Lamotrigina 25mg e 100mg comp. Vigabatrina 500mg comp.</p>	<p>- Eletroencefalograma em vigília e sono;</p> <p>- Tomografia Computadorizada <u>ou</u> Ressonância Nuclear Magnética do encéfalo;</p> <p>- Diário de registro de crises;</p> <p>- Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento;</p> <p>- TESTE PSICOMÉTRICO (não obrigatório) para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais.</p>	<p>- Diário de registros de crises contendo doses do medicamento em uso, descrição das crises e efeitos colaterais Periodicidade: Trimestral</p>	<p>G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5 G40.6/ G40.7/ G40.8</p> <p>Neurologista Psiquiatra Geriatra</p>
<p>ESCLEROSE SISTÊMICA</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Metotrexato 2,5 mg com e 25 mg/ml sol.inj. em ampola de 2ml</p> <p>Sildenafil 25 e 50 mg comp.</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Penicilamina 250 mg comp.</p>	<p>- Descrição detalhada em laudo médico ou no próprio LME da situação clínica do paciente;</p> <p>- Autoanticorpos específicos para ES;</p> <p>- Hemograma completo.</p> <p>Para Metotrexato: - TGO, TGP, uréia, creatinina.</p> <p>Para Penicilamina: - EAS</p>	<p>- Para Ciclofosfamida: Hemograma completo, Beta-Hcg e EAS Periodicidade: trimestral até estabelecer a dose</p> <p>- Para Metotrexato: TGO, TGP, uréia, creatinina, hemograma completo Periodicidade: trimestral.</p> <p>- Para Penicilamina: EAS e hemograma completo Periodicidade: mensal</p> <p>-Para Azatioprina:hemograma completo, fosfatase alcalina, TGO e TGP Periodicidade: mensal</p>	<p>M34.0 M34.1 M34.8</p> <p>Reumatologista Pneumologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)</p> <p>Riluzol 50mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Ressonância magnética do encéfalo e junção craniocervical- Eletroneuromiografia dos 4 membros- Hemograma completo- Ureia e creatinina- TGO/TGP e Protrombina- B-HCG para mulheres em idade fértil	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo- TGO/TGP <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.</p>	<p>G12.2</p> <p>Neurologista</p>
--	--	---	---

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 12/11/2015.

<p>ESCLEROSE MÚLTIPLA</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Glatirâmer 20mg (seringa prrenchida)</p> <p>Betainterferona 1a 6.000.000UI 22mcg e 30mcg; 1a 12.000.000UI 44mcg e 1b 9.600.000UI 300mcg ser. ou F/A</p> <p>Natalizumabe 300mg F/A</p> <p>Fingolimode 0,5 mg comp.</p>	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressonância magnética do crânio - Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 - Hemograma completo - Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção) <p>OBS: Outros exames poderão ser exigidos a critério da comissão avaliadora. Um exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame do líquido se VDRL positivo no sangue e manifestação neurológica <p>Para Betainterferona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH <p>Para Natalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter > 18 anos de idade - Apresentar falha terapêutica com glatirâmer e betainterferona - Laudo de Radiografia de tórax - Hemograma completo <p>Para Fingolimode:</p> <ul style="list-style-type: none"> -laudo médico informando ter havido falha terapêutica ao betainterferon E ao glatirâmer (CONFIRMADO PELA DISPENSAÇÃO PREVIA DESTES MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL) e impossibilidade de usar o natalizumabe [devida ao uso prévio de imunossupressore, ou histórico de alergia ao natalizumabe]; - laudo médico informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode [uso concomitante de beta-bloqueadores ou antiarrítmicos, ou ECG com intervalo QTc acima de 470 ms em mulheres ou QTc acima de 450 ms em homens, ou pacientes com bloqueio atrioventricular de segundo grau Mobitz tipo II ou maior, ou doença do nó sinusal ou bloqueio cardíaco sinoatrial, doença cardíaca isquêmica conhecida, histórico de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, histórico de parada cardíaca, doença cerebrovascular, hipertensão não controlada ou apneia do sono grave não tratada]; -leucograma, TGO/AST, TGP/ALT e bilirrubinas (menos de seis meses); -Laudo médico informando que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica; -Termo de esclarecimento e responsabilidade para uso da primeira dose de fingolimode assinado pelo usuário e médico assistente. 	<p>- Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de surtos - Escala de incapacidade (EDSS) <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Betainterferona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, TSH <p>Periodicidade: Aos 30 e 60 dias de tratamento, e após, semestral</p> <p>Para Natalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal</p> <p>Para Fingolimode:</p> <ul style="list-style-type: none"> -avaliação oftalmológica <p>Periodicidade: após os primeiros 03 meses; (Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia, essa avaliação deve ser mantida anualmente.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemograma, TGO, TGP <p>Periodicidade: a cada 03 meses, durante o primeiro ano.</p>	<p align="center">G35</p> <p align="center">Neurologista</p>
--	---	---	---

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p align="center">ESPASTICIDADE</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100 UI F/A Toxina Botulínica tipo A 500 UI F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beta-HCG para mulheres em idade fértil; - Formulário de pontos de aplicação preenchido pelo médico assistente. - Laudo médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares; - Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM) 	<p align="center">-</p>	<p align="center">G 04.1 G 80.0/G 80.1/G 80.2 G 81.1 G 82.1/G 82.4 I 69.0/I 69.1/I 69.2/ I 69.3/I 69.4/I 69.8 T 90.5/T 90.8</p>
<p align="center">ESPONDILITE ANCILOSANTE</p> <p>Adalimumabe 40mg inj. Etanercepte 25 e 50mg inj. Infliximabe 10mg/ml inj. Metotrexato 2,5mg comp. Sulfassalazina 500mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Raio X do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas, - Velocidade de Hemossedimentação, - Proteína C Reativa <p>Para Sulfassalazina: - Hemograma Completo, ALT, AST, GGT, Bilirrubinas, Creatinina e EQU (EAS).</p> <p>Para Metotrexato: - ALT, AST, DHL E Bilirrubinas, Hemograma Completo, Uréia e Creatinina</p> <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe: TGO, TGP, Laudo de Raio X de tórax, creatinina e PPD.</p>	<p>Para Sulfassalazina: - Hemograma Completo, ALT, AST, Bilirrubinas, Creatinina, EAS, GGT Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>Para Metotrexato: - ALT, AST, Bilirrubinas, Hemograma Completo, Uréia e Creatinina. Periodicidade: No final do 1º mês e, após, bimestral.</p> <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe: - Hemograma, TGO, TGP Periodicidade: Trimestral</p>	<p align="center">M46.8 M45</p> <p align="center">Reumatologista</p>
<p align="center">ESQUIZOFRENIA</p> <p>Clozapina 25 e 100mg comp. Olanzapina 5 e 10mg comp. Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp. Risperidona 1mg, 2mg. Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. <p>Só para Clozapina: - Hemograma completo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. Periodicidade: anual <p>Só para Clozapina: - Hemograma completo Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8</p> <p align="center">Psiquiatra Geriatra* Neurologista* #</p> <p>*Somente para idosos com Doença de Alzheimer #E pacientes epilépticos que apresentam comorbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações</p>
<p align="center">FENILCETONÚRIA</p> <p>Complemento alimentar isento de fenilalanina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames consecutivos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Fenilalanina sérica <p>Periodicidade: trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos exames consecutivos)</p>	<p align="center">E70.0 E70.1</p> <p align="center">Pediatra Nutricionista</p>
<p align="center">FIBROSE CÍSTICA (INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA)</p> <p>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise quantitativa de cloreto e sódio no suor estimulado por pilocarpina em pelo menos 2 aferições <u>ou</u> estudo genético com a identificação de duas mutações para a fibrose cística (Detecção molecular em fibrose cística - confirmatório) <p>Exames não obrigatórios: - Dosagens de gordura em coleta de fezes de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A resposta ao tratamento necessita ser reavaliada individualmente e a dose das enzimas pancreáticas deverá ser ajustada conforme os sintomas abdominais, características das fezes e estado nutricional. 	<p align="center">E84.1 / E84.8</p> <p align="center">Gastroenterologista Pediatra</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	72 horas e elastase fecal		
FIBROSE CÍSTICA (MANIFESTAÇÕES PULMONARES) Alfadornase 2,5 mg ampola	- Análise quantitativa de cloreto e sódio no suor estimulado por pilocarpina em pelo menos 2 aferições ou estudo genético com a identificação de duas mutações para a fibrose cística (Detecção molecular em fibrose cística -confirmatório) Exames não obrigatórios: - Espirometria (VEF1), Laudo de radiografia simples de tórax e tomografia de tórax	- Monitorar a resposta terapêutica com controle clínico periódico. Periodicidade: 2 a 3 meses. Exames não obrigatórios: - Espirometria (VEF1) e Laudo de radiografia simples de tórax Periodicidade: Anual	E84.0 / E84.8 Pneumologista
GLAUCOMA Acetazolamida 250 mg Latanoprost 50mcg/ml – sol. Oft Dorzolamida 2% sol. Oft Timolol 5mg/ml sol. Oft Travaprost 0,04 mg/ml sol. Oft Bimatoprost 0,3mg/ml sol. Oft. Brimonidina 2mg/ml sol. Oft. Pilocarpina 20mg/ml sol. Oft.	- Campimetria - Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - 3 medidas da PIO basal Obs: Para Pacientes do Hospital Evangélico que já estão em uso do (s) medicamento (s) deve ser exigida apenas uma medida da PIO. Obs 2); Para acetazolamida solicitar laudo médico informando se paciente encontra-se aguardando a realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgica.	- Medida da PIO basal Periodicidade: Quadrimestral - Campimetria Periodicidade: anual	H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0 Oftalmologista
HEPATITE AUTO-IMUNE Azatioprina 50mg comp	- Gamaglobulinas ou IgG, - Aminotransferases, - Fosfatase Alcalina, - FAN, AML, ou Ant- LKM1 - ALT, AST, GGT, - Anti-mitochondrias, - histologia hepática, - Anti-HAV IgM, HBSAg, - Anti- HCV - Reação em cadeia da polimerase, - Bilirrubina, - Hemograma Completo	- Hemograma Completo Periodicidade: Mensal - AST, ALT, Bilirrubina, Gama GT Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, os testes hepáticos devem ser exigidos trimestralmente.	K75.4 Gastroenterologista Infectologista
HEMANGIOMA INFANTIL Alfa- interferona 2b 3.000.000UI/ 5.000.000UI/ 10.000.000UI	- Laudo médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios - TSH - TGO/TGP - TAP	Hemograma completo - TGO/ TGP - TSH (somente para casos de hipotireoidismo)	D18.0 Pediatra

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 12/11/2015.

<p align="center">HEPATITE VIRAL CRÔNICA B</p> <p>Adefovir 10 mg comp.</p> <p>Entecavir 0,5 mg comp.</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI e 10.000.000 UI F/A</p> <p>Lamivudina 150 mg comp.</p> <p>Tenofovir 300 mg comp.</p>	<p><u>Para Tenofovir:</u></p> <p>- Hemograma Completo; Uréia; Creatinina; Clearance Estimado de Creatinina; EAS; ALT e AST; HBsAg; HBeAg; Anti-HBe; HIV; HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B);); Biópsia hepática se o HBV-DNA estiver entre 200 UI/ml e 2000 UI/ml.</p> <p><u>Para Entecavir:</u></p> <p>- Hemograma Completo; ALT e AST; Uréia, creatinina, clearance estimado de creatinina. HBsAg; HBeAg; Anti-HBe, HIV; Endoscopia Digestiva Alta OU Biópsia hepática OU Laudo médico indicando que o paciente apresenta sinais clínicos de cirrose; Laudo médico indicando comorbidades como – Hipertensão arterial, Diabetes ou uso concomitante de drogas com potencial nefrotóxico.</p> <p><u>Para Interferon Alfa:</u></p> <p>- Hemograma Completo; ALT e AST; HBsAg; HBeAg; Anti-HBe; TSH; T4 Livre; Glicemia jejum; Biópsia hepática em caso de ALT/TGP normal; Beta HCG (para mulheres em período fértil: 10 a 49 anos).</p> <p><u>Para Lamivudina:</u></p> <p>- Uréia, Creatinina, ALT e AST</p>	<p>Somente para pacientes HBeAg positivo:</p> <p>- HBeAg e Anti-HBe Periodicidade: Semestral</p> <p>2. Para Lamivudina:</p> <p>- Uréia, Creatinina, ALT e AST Periodicidade: Aos 4 meses e após, Trimestral</p> <p>3. Para: Adefovir e Tenofovir:</p> <p>- Clearance Estimado de Creatinina, EAS, ALT e AST Periodicidade: Aos 4 meses e após, Trimestral</p> <p>4. Para Interferon Alfa:</p> <p>- Hemograma Completo, ALT e AST Periodicidade: Mensal -Glicemia de jejum Periodicidade: trimestral</p> <p>5. Para Entecavir:</p> <p>- ALT e AST Periodicidade: Trimestral</p>	<p align="center">B18.1</p> <p align="center">Gastroenterologista Infecologista</p>
<p align="center">HEPATITE VIRAL C</p> <p align="center">AGUDA</p> <p>Alfaepoetina 10.000 UI FA</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI e 5.000.000 UI F/A</p> <p>Alfapeginterferona 2a 180mcg</p> <p>Alfapeginterferona 2b 80mcg, 100mcg e 120mcg</p> <p>Filgrastim 300mcg FA</p> <p>Ribavirina 250 mg cáps</p> <p align="center">CRÔNICA</p> <p>Alfaepoetina 10.000 UI FA</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI F/A</p>	<p align="center">Hepatite C AGUDA</p> <p>A) Dois exames de anti-HCV realizados com intervalo de 90 dias ou exames de Anti-HCV e HCV-RNA quantitativo realizados até 90 dias após início dos sintomas ou data de exposição; B) β-HCG para mulheres em idade fértil realizado até 15 dias antes da data de solicitação dos medicamentos; C) Hemograma completo; creatinina sérica; TSH e T4 livre realizados até três meses antes da solicitação dos medicamentos (não há necessidade de se realizar os exames de genotipagem ou biópsia Hepática).</p> <p align="center">Hepatite C CRÔNICA</p> <p>A) anti-HCV reagente ou HCV-RNA quantitativo com mais de 6 meses; B) HCV-RNA quantitativo realizado com até 3 meses antes da solicitação de medicamentos; C) Genotipagem do HCV; D) Eletrocardiograma realizado com até 3 meses antes da solicitação de</p>	<p>Para pacientes sem cirrose</p> <p>Semestral: Hemograma; Coagulograma; Na; K; Uréia; Creatinina; Clearance de Creatinina; AST; ALT; Fosfatase alcalina; Gama GT; Bilirrubina total e frações; Glicemia; Proteína total; Albumina. Anual: EAS</p> <p>Para pacientes com cirrose</p> <p>Trimestral ou Quadrimestral: Hemograma; Coagulograma; Na; K; Uréia; Creatinina; Clearance de Creatinina; AST; ALT; Fosfatase alcalina; Gama GT; Bilirrubina total e frações; Glicemia; Proteína total; Albumina.</p> <p>Para mulheres em idade fértil</p> <p>Semestral: β-HCG</p>	<p align="center">B17.1 (Aguda) B18.2 (Crônica)</p> <p align="center">Gastroenterologista Infecologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>Alfapeginterferona 2a 180mcg</p> <p>Alfapeginterferona 2b 80mcg, 100mcg e 120mcg</p> <p>Filgrastim 300mcg FA</p> <p>Ribavirina 250 mg cáps.</p> <p>Simeprevir 150 mg cáps.</p> <p>Sofosbuvir 400 mg comp. revestido</p> <p>Daclatasvir 60 mg comp. revestido</p>	<p>medicamentos; E) β-HCG para mulheres em idade fértil realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos; F) Relatório médico com a indicação do tratamento conforme o PCDT.</p> <p>Para tratamento crônico de Hepatite C com alfapeginterferona: Hemograma completo; Creatinina sérica; TSH e T4 Livre realizados até três meses antes da solicitação dos medicamentos.</p> <p>Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com Fibrose Hepática avançada: cálculo dos escores APRI ou FIB4 + AST, ALT e contagem de plaquetas até três meses antes da solicitação dos medicamentos; OU Elastografia Hepática com resultado em kPa; OU Biópsia Hepática com resultado Metavir F3 ou F4.</p> <p>Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com METAVIR F2 há mais de três anos: Biópsia hepática com resultado em Metavir F2 há mais de três anos.</p> <p>Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com coinfeção HCV/HIV: número de notificação de AIDS no Sistema Integrado de 3 Agravos de Notificação (SINAN)</p> <p>Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com evidências ecográficas sugestivas de cirrose hepática: a) Ultrassonografia de abdome superior realizado até três meses antes da solicitação de medicamentos; b) Endoscopia digestiva alta com sinais sugestivos de cirrose hepática (varizes de esôfago).</p>		
<p>HIPERATIVIDADE E DÉFICIT DE ATENÇÃO (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg comp.</p>	<p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato"</p> <p>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</p> <p>- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia.</p>	<p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre Periodicidade: Anual</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato" Periodicidade: Semestral</p>	<p>F 90.0 F 90.1</p> <p><u>Para crianças e adolescentes (de 6 a 19 anos):</u> Pediatra Psiquiatra Neurologista</p> <p><u>Para adultos (acima de 19 anos):</u> Psiquiatra</p>
<p>HIPERFOSFATEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</p> <p>Sevelamer 800mg</p>	<p>-cálcio sérico total ou iônico (3 determinações a intervalos mensais)</p> <p>- fósforo sérico (3 determinações a intervalos mensais)</p> <p>- PTH (pelo menos uma dosagem, caso paciente tenha realizado mais de uma dosagem anexar ao processo, as três últimas)</p> <p>- albumina (exame com finalidade de obter o cálcio sérico corrigido para albumina sérica)</p> <p>- creatinina sérica</p>	<p>- Cálcio sérico total ou iônico Periodicidade: mensal</p> <p>- Fósforo sérico Periodicidade: mensal</p> <p>- PTH Periodicidade: semestral</p>	<p>N18.0 E83.3</p> <p>Nefrologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<p>Laudo médico informando da doença renal crônica, há quanto tempo está em programa regular de diálise, se está em acompanhamento com nutricionista com adesão a dieta pobre em fósforo, quelante de fósforo que o paciente fez uso, se apresentar hipercalemia se está em uso de líquido de diálise com cálcio 2,5 mEq/L. Caso paciente não apresente hipercalemia ou PTH intacto < 150 pg/mL informar se apresenta contra-indicação ao uso de quelante de fosforo a base de cálcio e se apresentar calcificação extra-ossea encaminhar cópia de exame que comprove diagnóstico.</p> <p>Essas informações podem ser descritas no LME.</p>		
<p>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) - Dosagem de sódio e potássio séricos <u>ou</u> dosagem renina plasmática e aldosterona 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos Periodicidade: Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral - Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas Periodicidade: Trimestral 	<p>E25.0</p> <p>Endocrinologista</p>
<p>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Finasterida 5 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de PSA - Ultrassonografia de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de PSA Periodicidade: Semestral - Ultrassonografia de próstata Periodicidade: Anual 	<p>N 40</p> <p>Urologista ou Andrologista</p>
<p>HIPERPROLACTINEMIA</p> <p>Bromocriptina 2,5 mg comp.</p> <p>Cabergolina 0,5 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de macroprolactina; - Dosagem de prolactina; - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>ou</u> tomografia computadorizada. - Dosagem de TSH, TGO, Creatinina. - Dosagem de BhCG para mulheres. - <u>Ecocardiografia transtorácica:obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Prolactina Periodicidade: Anual ou nos casos de mudança de dose. - Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. Periodicidade: 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica. 	<p>E22.1</p> <p>Ginecologista Endocrinologista</p>
<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR</p> <p>Sildenafil 20 mg comp.</p> <p>Ambrisentana 5mg e 10mg comp. revest.</p> <p>Bosentana 62,5mg e 125mg comp. revest.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de artéria pulmonar sistólica, diastólica e média, pressão capilar pulmonar e resistência vascular pulmonar OU laudo médico descrevendo a impossibilidade de realização do exame. - Hemograma, TGO, TGP - Laudo médico informando: <ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>; o Gravidade da doença, conforme classe funcional, na classificação da NYHA/OMS; o Comprovação de falha terapêutica com uso de bloqueadores de canal de cálcio por pelo menos três meses (<i>somente para sildenafil</i>); o Critérios objetivos de falha terapêutica ao uso de sildenafil (<i>somente para ambrisentana e bosentana</i>). 	<p>Para Bosentana e Ambrisentana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo Periodicidade: Trimestral. - TGO, TGP Periodicidade: Mensal nos primeiros 12 meses e após, trimestral. 	<p>I 27.0</p> <p>I 27.2 *</p> <p>I 27.8 *</p> <p>Cardiologista Pediatria Pneumologista Reumatologista</p> <p>(*) Deverá ser informado também o CID secundário</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<p>OBS.: Após análise da documentação apresentada, a Comissão Avaliadora poderá exigir outros exames e/ou documentos complementares para a conclusão da avaliação.</p>		
<p>HIPOPARATIREOIDISMO</p> <p>Calcitriol 0,25 mcg cápsula</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cálcio total e albumina, ou cálcio iônico - PTH - Fósforo e magnésio - Creatinina e calciúria 24h - Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina - Peso atual do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas Periodicidade: Mensal até normalização e após, semestral. 	<p>E20.0 E20.1 E20.8 E89.2</p> <p>Endocrinologista</p>
<p>ICTIOSES HEREDITÁRIAS</p> <p>Acitretina 10 e 25mg cápsula</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase alcalina; Bilirrubinas; - Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO; - Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos - Uréia; Creatinina; - Glicose; Hemograma completo; - B-HCG; - EAS; - Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL e triglicerídeos Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: Trimestral Para Crianças (até 19 anos) - Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea Periodicidade: Anual - Densitometria óssea em maiores 60 anos. Periodicidade: Anual 	<p>L44.0 Q80.0 Q80.1 Q80.2 Q80.3 Q80.8 Q82.8</p> <p>Dermatologista</p>
<p>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g; 5g e 6g F/A</p>	<p>Para todos os CIDs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IgG total, IgA, IgM; - Hemograma completo; - Uréia e Creatinina; - ALT, AST e Albumina sérica; <p>Incluir somente para o CID D80.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subclasses de IgG <p>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B; - Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti - tétano, anti - difteria, anti – rubéola, anti – hepatite B, anti– sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS Periodicidade: Trimestral 	<p>D80.0 / D80.1 / D80.3 D80.5 / D80.6 / D80.7 D80.8 D81.0 / D81.1 / D81.2 D81.3 / D81.4 / D81.5 D81.6 / D81.7 / D81.8 D82.0 / D82.1 D83.0 / D83.2 D83.8</p> <p>Imunologista e Geneticista</p>
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos. 	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose. 	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg comp. e 100mg/ml sol. Oral</p> <p>Metilprednisolona 500mg F/A</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p>		<p>Para Ciclosporina e Tacrolimo:</p> <p>- Dosagem sérica</p> <p>Periodicidade: mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL</p> <p>Ciclosporina: cápsulas de 25, 50 e 100 mg; solução oral de 100 mg/ml (frascos de 50 ml).</p> <p>Tacrolimo: cápsulas de 1 e 5 mg.</p> <p>Azatioprina: comprimido de 50 mg.</p> <p>Micofenolato de mofetila: comprimido de 500 mg.</p> <p>Micofenolato de sódio: comprimidos de 180 e 360 mg.</p> <p>Sirolimo: drágeas de 1 e 2 mg.</p> <p>Everolimo: comprimidos de 0,5, 0,75 e 1 mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g e 6,0 g.</p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>* Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não); - HLA; - tempo de isquemia; - reatividade contra painel; - se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência; - se trata de retransplante. <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Para: Azatioprina</p> <p>- Hemograma completo</p> <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:</p> <p>- Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:</p> <p>- Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Z94.0 T86.1</p> <p>Nefrologista</p>
<p>INFERTILIDADE FEMININA ASSOCIADA A ANOVULAÇÃO (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Clomifeno 50 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Histerossalpingografia - Dosagem de estradiol - Beta HCG - T4 Livre/ TSH - TGO/TGP - Fosfatase Alcalina 	<p>- Beta HCG</p> <p>Periodicidade: Mensal</p>	<p>N97.0</p> <p>Ginecologista e Obstetra</p>
<p>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA (DOENÇA DE ADDISON)</p> <p>Fludrocortisona 0,1 mg comprimido</p>	<p>- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH ou cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) ou Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona.</p>	<p>- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio</p> <p>Periodicidade: Semestral</p> <p>- Solicitar registros das medidas de pressão arterial</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>E27.1 E27.4</p> <p>Endocrinologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p align="center">INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA</p> <p align="center">Pancreatina 10.000 UI e 25.000 UI cápsula</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas <u>ou</u> Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III) mais qualquer um dos exames abaixo: - Radiografia simples de abdome <u>ou</u> - Ultrassonografia de abdome <u>ou</u> - Tomografia computadorizada de abdome <u>ou</u> - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) (ou colangiopancreatografia por ressonância magnética) <u>ou</u> - Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total. <p>*Obs: 1) Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorreia).</p> <p>Atenção: Será excluído exame de gordura nas fezes quando qualquer exame de imagem for conclusivo.</p>	<p>- Anamnese e avaliação do IMC.</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p align="center">K86.0 K86.1 K90.3</p> <p align="center">Gastroenterologista</p>
<p align="center">INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo estadual)</p> <p align="center">Oxibutinina 5 mg</p> <p align="center">Tolterodina 4 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados; - Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico. 	<p align="center">--</p>	<p align="center">R32 N30.0 N31.0 N31.9 N32.0 N33.0 N39.0</p> <p align="center">Urologista Nefrologista</p>
<p align="center">LEIOMIOMA DO ÚTERO</p> <p align="center">Gosserrelina 3,6mg e 10,8 mg inj.</p> <p align="center">Leuprorrelina 3,75 mg inj.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Histerosalpingografia <u>ou</u> - Histeroscopia <u>ou</u> - Histerossonografia <u>ou</u> - Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>ou</u> - Tomografia computadorizada <u>ou</u> - Ressonância magnética <u>ou</u> - Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem) 	<p>- Ultrassonografia e hemograma</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p align="center">D25.0 D25.1 D25.2</p> <p align="center">Ginecologista e Obstetra</p>
<p align="center">LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO</p> <p align="center">Cloroquina 150mg</p> <p align="center">Hidroxicloroquina 400 mg</p> <p align="center">Azatioprina 50 mg</p> <p align="center">Ciclosporina 25, 50, 100 mg comp. e sol.oral 100 mg/ml</p> <p align="center">Ciclofosfamida 50 mg comp., sol.inj. 200 e 1000 mg</p> <p align="center">Metotrexato 2,5 mg comp. e sol.inj. 25 mg/ml</p> <p align="center">Danazol 100 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo c/ plaquetas - Eletroforese de proteínas - TGO e TGP - Uréia e creatinina - EAS - Complemento C3 e C4 - Avaliação de autoanticorpos: FAN, anti-DNA nativo <p>Para cloroquina e hidroxicloroquina: Exame oftalmológico</p> <p>Para LES + NEFRITE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urocultura - Proteinúria 24 hs - Albumina - Eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio, potássio e cloro) 	<ul style="list-style-type: none"> - VHS, PCR, anti DNA nativo, complementos (C3, C4) e EAS Periodicidade: trimestral - Azatioprina: Hemograma, plaquetas, fosfatase alcalina, TGO e TGP Periodicidade: trimestral ou se houver mudança de dose - Ciclosporina: Creatinina, ácido úrico, cálcio, sódio, fósforo, potássio e cloreto Periodicidade: trimestral - Ciclofosfamida Hemograma, plaquetas, creatinina, cálcio, sódio, fósforo, potássio e cloreto, análise do sedimento urinário 	<p align="center">L93.0</p> <p align="center">L93.1</p> <p align="center">M32.1</p> <p align="center">M32.8</p> <p align="center">Reumatologista</p> <p align="center">Os casos de LES + NEFRITE poderão ser prescritos por nefrologista.</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<p>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de Coombs direto - Reticulócitos - LDH (desidrogenase láctica) <p>Para LES + TROMBOSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulante lúpico - VDRL - Anticardiolipina IgG e IgM 	<p>Periodicidade: mensal</p> <p>-Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino Periodicidade: anual</p> <p>-Cloroquina e hidroxicloroquina Exame oftalmológico: anual Hemograma: trimestral</p> <p>-Metotrexato: TGO, TGP, fosfatase alcalina, hemograma c/plaquetas, uréia, creatinina Periodicidade: trimestral</p> <p>-Danazol: TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicérides Periodicidade: trimestral</p>	
<p>MIASTENIA GRAVIS</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina comp. 25mg, 50mg, 100mg e sol. oral 100mg/mL</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g e 6g F/A</p> <p>Piridostigmina 60mg comp.</p>	<p>- Eletroneuromiografia ou Teste imunológico anticorpo anti-receptor de Acetilcolina</p> <p>Para Imunoglobulina somente serão exigidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo Médico, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória), condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental. - receita em duas vias -LME, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória), condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental. - A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregue posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica. <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil 	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, ALT e AST Periodicidade: Mensal <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível sérico de ciclosporina, potássio, magnésio e creatinina Periodicidade: Trimestral <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina Periodicidade: Trimestral 	<p>G70.0</p> <p>Neurologista</p>
<p>OSTEODISTROFIA RENAL</p> <p>Calcitriol 0,25 mcg cápsula</p> <p>Desferroxamina 500 mg F/A</p>	<p>Para Calcitriol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cálcio sérico ou iônico - Fósforo sérico - PTH - Creatinina sérica -Fosfatase alcalina - Laudo médico ou LME informando estágio da DRC e se está em uso de terapia renal substitutiva <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumínio sérico - Teste da desferroxamina ou biópsia óssea - Creatinina sérica - Laudo médico (LME campo 11), informando estágio da DRC do paciente e se está em 	<p>Para Calcitriol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cálcio sérico ou iônico Periodicidade: mensal - fósforo sérico Periodicidade: mensal - PTH Periodicidade: semestral <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica Periodicidade: Anual 	<p>Calcitriol:</p> <p>N25.0 N25.8 N18.0 N18.8</p> <p>Nefrologista ou Endocrinologista</p> <p>Desferroxamina:</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	programa de hemodiálise, sinais e sintomas clínicos de intoxicação por alumínio.		N25.0 Nefrologista
OSTEOMIELITE (Estadual) Teicoplanina	-Laudo médico ou LME contendo informações sobre diagnóstico clínico e laboratorial do paciente. -Cultura (biópsia, sangue, secreção, líquido sinovial). -Teste de Sensibilidade Antimicrobiana (TSA)	- Hemograma completo -Ureia e creatinina -TGO e TGP Periodicidade: trimestral ou a critério médico	M46.2 M86.4 M86.9 Infectologista Ortopedista
OSTEOPOROSE Calcitonina 200UI/dose spray nasal Raloxifeno 60mg comp. Pamidronato 30 e 60 mg inj. Risedronato 35 mg comp. Calcitriol 0,25mcg cáps.	- Descrição dos dados clínicos em laudo médico ou no próprio LME; - Densitometria óssea recente (máx. 1 ano) do fêmur proximal ou coluna, <i>exceto para os casos de fratura de baixo impacto com fatores de risco</i> ; - Para os casos de fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra: Radiografia do local acometido. - Para mulheres: Laudo descritivo relatando pós-menopausa. (Idade mínima para homens: igual ou superior a 50 anos de idade)	---	M80.0 / M80.1 / M80.2 M80.3 / M80.4 / M80.5 / M80.8 M81.0 / M81.1 / M81.2 M81.3 / M81.4 / M81.5 / M81.6 / M81.8 M82.0 / M82.1 / M82.8
PSORÍASE GRAVE Metotrexato 2,5mg comp. Metotrexate 25mg/ml sol. inj. Acitretina 10mg e 25mg caps. Ciclosporina 100mg/ml sol. Oral; 25mg; 50mg e 100mg caps Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar	- Exame Histopatológico Para Acitretina: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Perfil Lipídico, ALT, AST, Fosfatase Alcalina, GGT, glicose, Bhcg (para mulheres em idade fértil), EAS. *Crianças: Raio X de mãos e punhos Para Metotrexato: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, ALT, AST, Fosfatase Alcalina, GGT, glicose, albumina, sorologias para Hepatite e anti-HIV, Bhcg (para mulheres em idade fértil), PPD, radiografia de tórax, EAS. Para Ciclosporina: - Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, cálcio, Uréia, Creatinina, Perfil lipídico, TGO, TGP, Ácido úrico, Bhcg (para mulheres em idade fértil), EAS.	Para Acitretina: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Perfil Lipídico, ALT, AST. Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Bhcg (para mulheres em idade fértil). Periodicidade: Mensal - Para crianças: Raio X de mãos e punhos Periodicidade: Anual. Para Metotrexato: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, ALT, AST, Fosfatase Alcalina, GGT, albumina, glicose. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Bhcg (para mulheres em idade fértil) Periodicidade: Mensal	L40.0 L40.1 L40.4 L40.8 Dermatologista

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

		Para Ciclosporina : - Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, cálcio, Uréia, Creatinina Periodicidade: Mensal	
PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO Lamivudina 150mg comp. Imunoglobulina anti-Hepatite B 600UI - frasco	Para paciente com previsão de transplante para os próximos 3 meses : <ul style="list-style-type: none"> Doença hepática Crônica Terminal por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg (+) - HBeAg - Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV <p style="text-align: center;">Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> Hepatite fulminante por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> - Anti-HBc IgM (+). Para paciente pós – transplantado : <ul style="list-style-type: none"> - Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase [não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-)], HBsAg, Anti-HBc IgM. <p>Crítérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml; - Portadores de HIV; - Idade < 12 anos; - Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B 	- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase, Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês - Anti – HBs, ALT e AST Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais). - HBsAg Periodicidade: Semestral (não obrigatório).	B18.0 B18.1 B16.0 B16.2 Infectologista Gastroenterologista
PUBERDADE PRECOCE CENTRAL Gosserrelina 10,8 mg ser. preenchida Leuprorrelina 3,75 mg F/A	- LME informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios; - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea. - Ressonância Magnética de Sela Turca para todos os meninos e para as meninas de até 08 anos; - Ultrassonografia pélvica para todas as meninas; - Dosagem de LH; - Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista. (validade: 24 meses)	- Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea Periodicidade: Anual - Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner Periodicidade: semestral -Estadiamento puberal de Tanner. Periodicidade: trimestral. - Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina. Periodicidade: em caso de mudança de dose.	E22.8 Endocrinologista

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p align="center">PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA</p> <p>Imunoglobulina humana 2,5g, 5g e 6 g F/A</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágeas</p> <p>Azatioprina 50 mg comprimidos</p> <p>Danazol 100 mg cáps.</p>	<p>- Contagem de Plaquetas</p>	<p>- Hemograma completo Periodicidade: A cada 3 meses.</p> <p>Para Azatioprina: - TGO e TGP Periodicidade: A cada 2 meses.</p> <p>Para Ciclofosfamida: - Hemograma e creatinina Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Danazol: - TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos Periodicidade: mensal nos primeiros 3 meses, e após semestral - Ultrassonografia abdominal Periodicidade: anual</p>	<p align="center">D69.3</p> <p align="center">Hematologista</p>
<p align="center">RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>*Não liberar para casos de <u>raquitismo hipofosfatêmico hipercalcêmico</u>.</p>	<p>- Cálcio Sérico - Excreção urinária de Cálcio - Fósforo Sérico - Excreção urinária de Fósforo - 25-Hidroxivitamina D sérico - Fosfatase Alcalina Sérica - PTH sérico - Radiografia de Antebraço e Joelho</p> <p><u>Exames não obrigatórios:</u> - Dosagem de creatinina sérica e urinária, TGO, TGP, gasometria (CO₂), análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina</p>	<p>- Cálcio Sérico, Excreção de Cálcio, Fósforo Sérico, Fosfatase Alcalina, PTH sérico Periodicidade: Mensal até manutenção do tratamento. Após, trimestral.</p> <p>- Radiografia das áreas afetadas Periodicidade: após o 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, conforme orientação médica. *Doses elevadas de calcitriol requerem intervalos menores de realização de exames laboratoriais e radiografia.</p>	<p>E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p align="center">Endócrinologista</p>
<p align="center">RETICOLITE ULCERATIVA</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp. Mesalazina 400 mg, 500mg e 800mg compr.</p> <p>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório</p> <p>Mesalazina enema 1g e 3g + diluente 100ml</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25 mg; 50 mg e 100 mg cáps.</p>	<p>- Diagnóstico endoscópico ou histopatológico de Retocolite Ulcerativa - Colonoscopia</p> <p>Para Sulfassalazina: - Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU (EAS).</p> <p>Para Mesalazina: - Hemograma, Uréia, Creatinina e EQU(EAS).</p> <p>Para Azatioprina: - Hemograma Completo, ALT, AST.</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio.</p>	<p>Para Sulfassalazina: - Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU(EAS). Periodicidade: Mensal, nos 3 primeiros meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>Para Mesalazina: - Hemograma, Uréia, Creatinina e EQU(EAS). Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Azatioprina: - Hemograma Completo, ALT E AST Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio Periodicidade: Mensal</p>	<p>K51.0 K51.1 K51.2 K51.3 K51.4 K51.5 K51.8</p> <p align="center">Gastroenterologista Proctologista</p>
<p align="center">SINDROME DE GUILLAIN-BARRE</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g e 6 g F/A</p>	<p>Em relação à imunoglobulina humana, somente serão exigidos:</p> <p>- Laudo Médico detalhado, onde fique evidenciado que se trata de síndrome de Guillain-Barre, com manifestação de déficit motor, e/ou evolução para disfunção respiratória, condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental.</p> <p>- Líquor (com resultado de celularidade e proteína)</p> <p>- receita em duas vias</p> <p>-LME</p>		<p align="center">G61.0</p> <p align="center">Neurologista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	<ul style="list-style-type: none"> - A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregue posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica. 		
SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (critérios de uso – Estadual) Pramipexol 0,25mg	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI; -Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio; -Dosagem de ferritina sérica - Uréia e creatinina; -Paciente maior que 18 anos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. Periodicidade: trimestral - Uréia e Creatinina Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente. 	<p align="center">G25.8</p> <p align="center">Neurologista</p>
SINDROME DE TURNER Somatropina 4 UI pó p/ solução injetável F/A	<ul style="list-style-type: none"> - Determinação de Cariótipo em sangue periférico; - Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos. - Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner Periodicidade: Semestral - Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea Periodicidade: Anual - IGF-1 (Fator de crescimento insulina símile) Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose. 	<p align="center">Q96.0 Q96.1 Q96.2 Q96.3 Q96.4 Q96.8</p> <p align="center">Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra</p>
SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO Ciproterona 50 mg comp.	<ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia pélvica - Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) <u>ou</u> evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona) - Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica - Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona - Prolactina sérica - Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito) - Sulfato de deidroepiandrotestosterona; - TSH - Colesterol total, HDL e triglicérides (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica) - TGO, TGP e bilirrubinas 	<ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP e bilirrubinas Periodicidade: Semestral. - Dosagem sérica de testosterona Periodicidade: Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios) 	<p align="center">E28.0 E28.2 L68.0</p> <p align="center">Ginecologia Endocrinologia</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

	- B-HCG para mulheres em idade fértil		
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS Ciclofosfamida 50 mg drg. Ciclosporina cápsulas de 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 50 ml.	<ul style="list-style-type: none"> - biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal) - proteinúria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina - EAS - albumina sérica - colesterol total, HDL e triglicerídeos - creatinina sérica ou clearance de creatinina - hemograma completo e contagem de plaquetas - glicose -TGO, TGP - BHCG para mulheres em idade fértil (para ciclofosfamida) - laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose Periodicidade: A cada 3 meses Para Ciclofosfamida: - Hemograma completo, TGO, TGP Periodicidade: Mensal. Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina Periodicidade: Mensal	N04.0 N04.1 N04.2 N04.3 N04.4 N04.5 N04.6 N04.7 N04.8 Nefrologista
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES Metilprednisolona 500mg Amp Ciclosporina Cápsula de 25, 50 e 100mg e Solução oral 10mg/ml Ciclofosfamida 50mg Drag Tacrolimo 1 e 5mg Caps	<ul style="list-style-type: none"> - Proteinúria; - Albumina; - Lipídios; - Biópsia renal (Em pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído) - HBsAg, anti-HCV e anti-HIV) e o fator antinuclear (FAN) 	<ul style="list-style-type: none"> - Albumina sérica - Colesterol total e triglicerídeos - Hemograma - Glicose - EQU(EAS). - Creatinina sérica - Índice proteína/creatinina Periodicidade: Trimestral A solicitação de outros exames deve ser individualizada	N04.0 N04.1 N04.2 N04.3 N04.4 N04.5 N04.6 N04.7 N04.8 Nefrologista
SOBRECARGA DE FERRO Desferroxamina 500 mg F/A Deferiprona 500 mg comp. Deferasirox 125 mg; 250 mg e 500 mg comp.	Para todos os medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Ferritina sérica - Saturação de Transferrina Para Deferiprona: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Para Deferasirox: <ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP, creatinina. Para Desferroxamina: <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual e auditiva 	Para Desferroxamina e Deferiprona: <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina - TGO, TGP - Gamaglutamiltransferase (GGT) - Fosfatase alcalina - Bilirrubinas - Ferritina sérica Periodicidade: Trimestral Para Deferiprona: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Periodicidade: Mensal Para Deferasirox: <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina - TGO, TGP Periodicidade: Mensal Para Desferroxamina: <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual e auditiva Periodicidade: Anual	T45.4 E83.1 Hematologista

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p align="center">TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO</p> <p>Clozapina 25 e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5 e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg, 2mg e 3 mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p>	<p>- Dosagens de Colesterol Total e Frações</p> <p>- Triglicerídeos</p> <p>- Glicemia de Jejum</p> <p>Só para Clozapina: -Hemograma Completo</p>	<p>-Dosagens de Colesterol Total e Frações</p> <p>- Triglicerídeos</p> <p>- Glicemia de Jejum</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Só para Clozapina: -Hemograma Completo</p> <p>Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">F25.0 F25.1 F25.2</p> <p align="center">Psiquiatra</p>
<p align="center">TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml Seringas preenchidas</p>	<p>- Hemograma completo</p> <p>- Bhcg (somente para mulheres) ou ultrassonografia obstétrica.</p> <p>Para Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda ou Tromboembolismo Pulmonar:</p> <p>- Doppler Venoso ou Angiografia Venosa ou Angiotomografia.</p> <p>Obs. Idade Mínima: mulheres a partir dos 15 anos e homens a partir dos 18 anos.</p>	<p>- Hemograma completo</p> <p>Periodicidade: mensal nos 3 primeiros meses, e depois, trimestralmente.</p>	<p align="center">--</p>
<p align="center">UVEÍTES POSTERIORES NÃO INFECCIOSAS (DOENÇA DE BEHÇET)</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. 100mg/ml sol. oral</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p>	<p>- Diagnóstico Clínico.</p>	<p>Para Ciclosporina: Creatinina, Uréia, Pressão Arterial</p> <p>Periodicidade: Mensal</p> <p>Sódio, Potássio, Ácido Úrico,Triglicerídeos,Colesterol total,colesterol HDL,TGO,TGP.</p> <p>Periodicidade:Trimestral</p> <p>Para Azatioprina: Hemograma Completo, ALT, AST.</p> <p>Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">H30.0 H30.1 H30.2 H30.8</p> <p align="center">Oftalmologista</p>
<p align="center">PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APOS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</p>	<p>- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão</p> <p>- Idade maior que 18 anos.</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.</p>	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <p>- Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p> <p>- Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p>	<p align="center">M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</p> <p align="center">M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</p> <p align="center">M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</p> <p align="center">Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

<p>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</p> <p>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</p>	<p>- Laudo médico evidenciando que o paciente é portador de FIBRILAÇÃO ATRIAL com médio ou alto risco para fenômenos cardioembólicos, confirmado por pelo menos um dos seguintes exames: eletrocardiograma, holter ou ecocardiograma. Laudo médico deverá informar que o paciente não possui nenhum critério de exclusão.</p> <p>- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc) com resultado maior ou igual a 2;</p> <p>Para Dabigatrana:</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo:</p> <p>1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU</p> <p>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.</p> <p>Para Rivaroxabana:</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado , calculado a parti dos valores da creatinina sérica (Cr) e do peso corporal, com data inferior a 3 meses, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 15ml/min.</p>	<p>No primeiro ano do tratamento, deve ser apresentado trimestralmente:</p> <p>- Laudo do médico prescritor, relatando manutenção da fibrilação atrial e que o paciente não desenvolveu nenhum dos critérios de exclusão;</p> <p>- Clearance de Creatinina, ou laudo médico com Clearance de Creatinina estimado (calculado pela creatinina sérica e peso).</p> <p>(Obs.: Para pacientes em uso de Dabigatrana, o clearance de creatinina (CICr) deve estar maior que 30ml/min. Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o CICr deve estar maior que 15ml/min).</p> <p>A partir do segundo ano do tratamento:</p> <p>- As mesmas informações acima, mas com intervalo semestral.</p>	<p align="center">I48 I63.1</p> <p align="center">Neurologista Cardiologista</p>
--	---	---	--

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.