

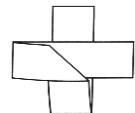


DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1 ^a vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
ACNE GRAVE (Protocolo MS) Isotretinoína 10mg e 20mg cáps. <u>Acne Grave</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original (LME) - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos e ALT/TGP e AST/TGO (validade 90 dias); - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. - Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente. 	<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. 	L70.0 L70.1 L70.8 Dermatologista (Preferencialmente) <u>Acne Grave</u> (PCDT)
ACROMEGALIA (Protocolo MS) Cabergolina 0,5mg comp. Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A <u>Acromegalia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contra-indicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (validade 90 dias); - Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (validade 180 dias); - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (validade 24 meses); - Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (validade 90 dias). 	<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 anualmente. 	E22.0 Endocrinologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência. <u>Acromegalia</u> (PCDT)
Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAEPOETINA (Protocolo MS) Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI <u>Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAEPOETINA</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina (validade 30 dias); - Hemograma (validade 90 dias); - Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias); - Ferritina Sérica (validade 90 dias); - Creatinina sérica (validade 90 dias); - Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal 	<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. 	N18.0 N18.8 Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).

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 24/04/2025.

**SUS**

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

***Atualizado em 01/04/2025**

Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (**validade 90 dias**).

[Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina \(PCDT\)](#)

ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)

Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.

[Anemia na Doença Renal Crônica](#)
[Reposição de Ferro -Sacarato Hidroxido de Ferro MS](#)

- Hemograma Completo, Hematocrito e hemoglobina (**validade 30 dias**);
- Índice de Saturação de Transferrina (**validade 90 dias**);
- Ferritina sérica (**validade 90 dias**);
- Creatinina Sérica (**validade 90 dias**);
- 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 (**validade 90 dias**).

- Hemoglobina e hematocrito.
- Periodicidade:** Mensal.
- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo.
- Periodicidade:** Trimestral.

N18.0
N18.8

Nefrologista
(Exclusivamente)

Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.

[Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro \(PCDT\)](#)

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)

Ciclofosfamida 50mg drágea

Ciclosporina: cáps. de 25mg, 50mg e 100mg e solução oral com 100mg/mL em frasco de 50 ml.

Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.

[Anemia Hemolítica Autoimune](#)

- Hemograma completo;
 - Teste de Coombs direto;
 - Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos ou Desidrogenase láctica (DHL) ou Dosagem de haptoglobina ou Bilirrubina (total e frações).
 - Identificação do subtipo:**
 - * Para anemia por anticorpos quentes: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, **OU**
 - * Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, **OU**
 - * 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.
- * Validação dos exames - 90 dias.**

- 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.

D59.0
D59.1

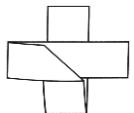
Hematologista
(Exclusivamente)

Devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia.

[Anemia Hemolítica Autoimune \(PCDT\)](#)

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 24/04/2025.

**SUS**

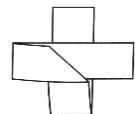
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



		Periodicidade: Trimestral.	
ANGIOEDEMA (Protocolo Estadual) Ácido tranexâmico 250mg comp. Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS) (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024) Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida Angioedema *atualizado em 08/02/2022	Todos: - Dosagem de complemento C4 (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade). Para Danazol: - Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema e situações que contraindiquem o uso do danazol: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfiria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata.(validade 90 dias)	Apenas Danazol : - Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicerídeos; - Exame qualitativo de urina. Periodicidade: Semestral. - Ultrassonografia abdominal. Periodicidade: Semestral.	D84.1 Alergista e Imunologista (Preferencialmente). Angioedema (PCDT)

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 24/04/2025.

**SUS**

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



ARTRITE PSORÍACA
(Protocolo MS)

Adalimumabe 40mg seringa

Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)

Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e 100mg/ml solução oral

Etanercepte 25mg e 50mg seringa

Golimumabe 50mg injetável (acima de 18 anos)

Infliximabe 100mg F/A

Leflunomida 20mg comp.

Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.

Naproxeno 500mg comp.

Sulfassalazina 500mg comp.

Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)

Tofacitinibe 5mg

[Artrite Psoriaca](#)

* atualizado em 18/01/2021

Para Todos:

- Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:
 - o Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano);
- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:
 - o Laudo médico contendo valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (validade 3 meses)
 - o Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia, Proteína C Reativa, Velocidade de hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses).

Para Adalimumabe, CertolizumabePegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:

- PPD (validade 2 anos);
- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).
- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)
- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.

Para todos os medicamentos:

- Laudo detalhando a evolução clínica contendo o valor do índice composto de atividade da doença - *MinimalDiseaseActivity(MDA)* e a resposta terapêutica utilizando o DAPSA; e
- Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia.

Periodicidade: Trimestral

M07.0
M07.2
M07.3

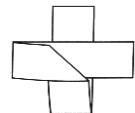
Reumatologista
(Preferencialmente)

Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença.

[Artrite Psoriaca](#)
(PCDT)

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 24/04/2025.

**SUS**

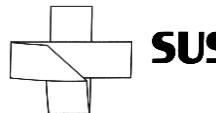
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS)</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p><u>Artrite Reativa</u></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>(Validade 90 dias).</p>	<p>- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação.</p> <p>Periodicidade: no primeiro mês e após, a cada 6 meses.</p>	<p>M02.3 M02.1 M03.2 M03.6</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente).</p> <p><u>Artrite Reativa (PCDT)</u></p>
<p>ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS)</p> <p>Abatacepte 250mg injetável – intravenoso (Indisponível - Nota Técnica 003/2023)</p> <p>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (acima de 18 anos) (Indisponível - Nota Técnica 003/2023)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável - Frasco-ampola (uso pediátrico – 2 a 18 anos)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Baricitinibe 2mg e 4mg comp. (acima de 18 anos)</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e sol. Oral 100mg/ml</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</p> <p>Golimumabe 50mg – injet. (acima de 18 anos)</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano); o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (sem validade). - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (validade 3 meses) o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (validade 3 meses). <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação oftalmológica (validade 1 ano). <p>Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia (validade 3 meses). <p>Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia (validade 3 meses); - PPD (validade 2 anos). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação oftalmológica. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Tocilizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</p> <p>M08.0 (exceto Abatacepte 125mg injetável, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe)</p>

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

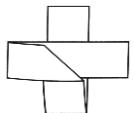
ATUALIZADO EM 24/04/2025.



Infliximabe 100mg injetável
Hidroxicloroquina 400mg comp.
Leflunomida 20mg comp.
Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável
Naproxeno 500mg comp.
Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos)
Sulfassalazina 500mg comp.
Tocilizumabe 20mg/ml
Tofacitinibe 5mg – comp (acima de 18 anos)
Upadacitinibe 15 mg - comp. (acima de 18 anos)
[Artrite Reumatoide e Idiopatica Juvenil](#)
***atualizado em 12/05/2022**

Reumatologista
(Preferencialmente)

[Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil \(AIJ\)](#)
(PCDT)

**SUS**

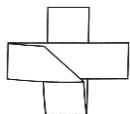
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ASMA GRAVE (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerosol bucal</p> <p>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Mepolizumabe 100mg/mL injetável (acima 18 anos)</p> <p>Omalizumabe 150mg seringa preenchida (acima de 6 anos)</p> <p>Asma Grave</p> <p>* atualizado em 18/04/2022</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário de inclusão Asma - Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> <p>Para Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <p>Para Omalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); - IgE total (validade 90 dias); - IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <p style="text-align: center;"> - pacientes abaixo de 12 anos. - pacientes acima de 12 anos. </p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Omalizumabe e Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período; - ACT do último mês. <p style="text-align: center;"> - pacientes abaixo de 12 anos. - pacientes acima de 12 anos. </p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>J45.0 J45.1 J45.8</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p>Asma (PCDT)</p>
<p>ASMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerosol</p> <p>Montelucaste 4mg sachê e comp.</p> <p>Asma</p> <p>* atualizado em 19/01/2024</p>	<p>Formulário de inclusão para Asma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>J45.0 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual para Utilização dos medicamentos Salmeterol + Fluticasone e Montelucaste, no tratamento da Asma</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 24/04/2025.

**SUS**

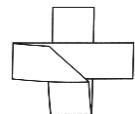
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Atrofia Muscular Espinal 5q tipos I e II (Protocolo MS)</p> <p>Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável</p> <p>Risdiplam 0,75 mg/mL – pó para solução oral</p> <p>Atrofia Muscular Espinal Tipo I e II</p> <p>*atualizado em 18/07/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para abertura de processo: <ul style="list-style-type: none"> o Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade); o Laudo médico informando a evolução clínica, as condições de nutrição e hidratação atuais do paciente e se paciente for: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME; ▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias); o Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias); o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (link questionário – apêndice 1 do PCDT-MS) - Para substituição de medicamentos, necessário apenas: <ul style="list-style-type: none"> o Relatório médico descrevendo os motivos para substituição do medicamento, conforme os critérios do PCDT-MS (validade 90 dias) o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Periodicidade: trimestral. - Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Periodicidade: trimestral. 	<p>G12.0 G12.1</p> <p>Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)</p> <p>Atrofia Muscular Espinal 5q Tipos I e II (PCDT)</p>
<p>COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp.</p> <p>Colangite Biliar Primaria</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico descrevendo o quadro clínico do paciente em LME; - AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica (validade 3 meses) - Exames que documentem dois dos critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Duas dosagens séricas com valores acima do referência de fosfatase alcalina (FA) e/ou gama GT com intervalo mínimo de 6 meses (sem validade); - Presença de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) (sem validade); - Biópsia Hepática de colangite destrutiva não-supurativa (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; Periodicidade: semestral no primeiro ano, após anual. 	<p>K74.3</p> <p>Gastroenterologista Nutrólogo Proctologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia.</p> <p>Colangite Biliar Primária (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

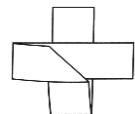
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter idade maior ou igual a 5 anos; - Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC; - Dosagens de colesterol total e frações; -Triglicerídeos; -Glicemia de jejum. <p>(Validade 90 dias).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. <p>Periodicidade: em 3, 6 e 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de colesterol total e frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de jejum; - Hemograma completo; - Prolactina. <p>Periodicidade: em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p>	<p>F84.0 / F84.1 F84.3 / F84.5 F84.8</p> <p>Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).</p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo (PCDT)</p>
<p>DERMATITE ATÓPICA (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral</p> <p>Dermatite atópica</p> <p>*Atualizado em 24/01/2024</p>	<p>Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico detalhando a evolução clínica contendo a pontuação atualizada da escala de avaliação da gravidade da doença. Utilizar a mesma escala mencionada no início de tratamento. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de creatinina e uréia. <p>Periodicidade: semestral.</p>	<p>L20.0 L20.8</p> <p>Alergologista ou Dermatologistas (Exclusivamente)</p> <p>Dermatite atópica</p>
<p>DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25, 50 e 100mg comp. e solução oral 100 mg/mL</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); e - creatinofosfoquinase (CPK) OU aldolase OU desidrogenase lática (DHL) OU AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias); e - Eletroneuromiografia compatível com miopatia ou bióxia muscular (validade 1 ano); <p>Para Ciclosporina e Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creatinina e uréia (validade 90 dias). <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame oftalmológico (validade 1 ano). <p>Dermatomiosite e Polimiosite</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO. <p>Periodicidade: trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina, Imunoglobulina e metotrexato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia. <p>Periodicidade: trimestral.</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame oftalmológico. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>M33.0 M33.1 M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que os pacientes sejam atendidos em serviços especializados em reumatologia ou de clínica médica.</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 24/04/2025.

**SUS**

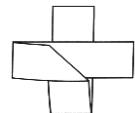
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

[Dermatomiosite e Polimiosite](#)[Dermatomiosite e Polimiosite](#)
(PCDT)

<p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4UI e 12UI F/A</p> <p>Deficiência do Hormônio do Crescimento</p>	<p>Para crianças e adolescentes:</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 (validade 90 dias);- 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 (validade 180 dias);- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (validade 24 meses);- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. <p><u>Formulário Teste Provocativo Somatropina</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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>Para adultos:</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 (validade 180 dias);	<p>Para crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Peso e estatura. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) <p>Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p>Para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IGF-1. <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none">- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>E23.0</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.</p> <p><u>Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

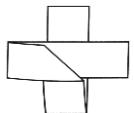
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (validade 90 dias); - Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (validade 24 meses); - Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon); - Densitometria óssea (validade 12 meses). 		
DIABETES INSÍPIDO (Protocolo MS) Desmopressina 0,1mg/ml aplicação nasal – frasco Desmopressina 0,2mg comp (Indisponível – Ofício Circular n°39/2022/CGCEAF/DAF/SECTIE/MS) <u>Diabetes Insípido</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina: <ul style="list-style-type: none"> o Dosagem de volume urinário em 24 hs; o Dosagem sódio e glicose; o Osmolalidade urinária e plasmática; <p>(Validade 90 dias).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária. <p>Periodicidade: Semestral até estabilização do volume urinário e do sódio plasmático, após anual.</p>	E23.2 Endocrinologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados com endocrinologista ou nefrologista.). <u>Diabete Insípido</u> (PCDT)
DIABETES - ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO DIABETE MELITO TIPO 2 (Protocolo Estadual) Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3mL ou frasco 10mL) (paciente acima de 2 anos) <u>Diabetes tipo 2 - Análogo da Insulina de Longa Duração</u> (Protocolo Estadual)	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum (validade 3 meses); - Hemoglobina glicada (validade 3 meses); - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 6 meses). - Formulário para solicitação de insulina glargina 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condições clínica (LINK) 	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia capilar de jejum e hemoglobina glicada; <p>Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias. <p>Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</p>	E10 / E11 E10.2 / E11.2 E10.3 / E11.3 E10.4 / E11.4 E10.5 / E11.5 E10.6 / E11.6 E10.7 / E11.7 E10.8 / E11.8 E10.9 / E11.9 Endocrinologista <u>Diabetes - análogo da insulina de longa duração</u> (protocolo estadual)

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 24/04/2025.

**SUS**

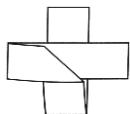
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DIABETE MELITO TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA: Lispro 100 UI/ML (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos)</p> <p>Asparte 100 UI/ML (caneta de 3ML) (paciente entre 1 e 3 anos)</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA: Insulina Glargina 100 UI/mL (Tubete de 3mL) + Caneta Reutilizável (Paciente acima de 2 anos)</p> <p>Insulina Degludeca 100UI/mL (Caneta de 3 mL) (Pacientes entre 1 e 2 anos)</p> <p>Diabetes Mellitus Tipo I</p>	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum (validade 3 meses);- Hemoglobina glicada (validade 3 meses);- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 3 meses).- Formulário para solicitação de análogas de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica. (LINK)	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; <p>Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias. <p>Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</p>	<p>E10.0 / E10.5 E10.1 / E10.6 E10.2 / E10.7 E10.3 / E10.8 E10.4 / E10.9</p> <p>Endocrinologista</p> <p>Diabete Melito Tipo 1 (PCDT)</p>
<p>DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS)</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Diabetes Melito Tipo 2</p> <p>*Atualizado em 28/02/2024</p>	<ul style="list-style-type: none">- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados; - Formulário Dapagliflozina- Duas determinações sanguíneas em dias diferentes: Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum (validade 90 dias);- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);	<ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> <ul style="list-style-type: none">- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina <p>Periodicidade: anual</p>	<p>E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Diabete Melito Tipo 2 (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

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



DISLIPIDEMIAS
(Protocolo MS)

Ácido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol.

Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg comp.

Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.

Ciprofibrato 100mg comp.

Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada.

Genfibrozila 600mg comp.
(Indisponível - Nota Técnica 012/2022)

[Dislipidemia](#)

*Atualizado em 11/11/19

- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (**validade 90 dias**);
- Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil.

Para Atorvastatina:

laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da simvastatina. (**validade 90 dias**)

Genfibrozila

laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (**validade 90 dias**). **e**

- Caso paciente apresente triglicerídeo > 200mg/dL e HDL < 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (**validade 90 dias**)

Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato:

Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (**validade 90 dias**)

Para Ácido nicotínico:

Laudo médico que contemple a indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contraindicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos. (**validade 90 dias**)

E78.0 / E78.1
E78.2 / E78.3
E78.4 / E78.5
E78.6 / E78.8

Endocrinologista
Cardiologista*
(Preferencialmente)

* Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV.

[Dislipidemia](#)
(PCDT)

DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL
(Protocolo MS)

Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A

Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A

[Distonias Focais e Espasmo Hemifacial](#)

- β HcG para mulheres em idade fértil (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**);

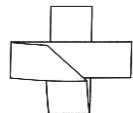
G24.3
G24.4 / G24.5
G24.8
G51.3 / G51.8

Neurologista
Ortopedista
Oftalmologista
(Preferencialmente)

Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.

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 24/04/2025.

**SUS**

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

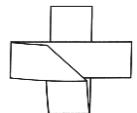


[Distonias e Espasmo Hemifacial](#)
 (PCDT)

DISTÚRIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)	Para Sevelâmer: <u>Adultos</u> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, se apresenta contra indicação aos quelantes de fósforo à base de cálcio (enviar exame comprobatório) e se acompanha com nutricionista (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias).	Para Sevelâmer: - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.	<u>Distonias e Espasmo Hemifacial</u> (PCDT)
Calcitriol 0,25mcg cápsula	Crianças e adolescentes - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica, se acompanha com nutricionista e se faz uso de quelantes de fósforo à base de cálcio (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias).	Para Calcitriol: - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador. - PTH. Periodicidade: 90 dias.	N18.2 N18.3 N18.4 N18.5 N25.0 Nefrologista (Exclusivamente)
Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido		Para Paricalcitol: - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias. - PTH. Periodicidade: 90 dias.	Devem ser atendidos em serviços especializados.
Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg de pó liofilizado para solução injetável		Para Cinacalcete: - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva, e se foi submetido ao transplante renal (validade 90 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).	<u>Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica</u> (PCDT)
Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de solução			
Sevelâmer 800mg comprimido			
<u>Disturbio Mineral e Osseo na Doenca Renal Cronica</u>			
*atualizado em 30/08/2022		Para Cinacalcete: - Cálcio sérico total ou iônico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados. - PTH.	

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 24/04/2025.

**SUS**

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

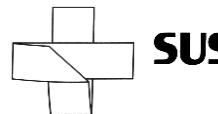


	<p>Para Desferroxamina: <u>Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:</u> - Alumínio (validade 90 dias) OU - Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia (validade 90 dias). <u>Para realização do tratamento da intoxicação alumínica:</u> - Alumínio sérico (validade 90 dias); - Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (sem validade); - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica (validade 1 ano).</p>	Periodicidade: 90 dias.	
DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS) Donepezila 5mg e 10mg comp. Galantamina 8mg,16mg e 24mg cáps de liberação prolongada. Memantina 10mg comp. Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula e 2mg/mL frasco. Rivastigmina 9mg (5cm²) e 18mg (10 cm²) adesivo transdérmico. Doença de Alzheimer	<p>- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo (validade 24 meses); ○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico, (validade 90 dias); ○ Sorologia: VDRL (validade 1 ano); ○ Para pacientes abaixo de 60 anos: Anti-HIV (validade 1 ano) <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - (validade 90 dias); <u>Mini exame do estado mental</u> ○ Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) - (validade 90 dias); <u>AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – (CDR) - DOENÇA DE ALZHEIMER</u> 	<p>Para Desferroxamina: - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para todos: - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). Periodicidade: Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p>Para Galantamina: - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO. Periodicidade: Semestral.</p>	F00.0 F00.1 F00.2 G30.0 G30.1 G30.8 Neurologista Geriatra Psiquiatria (Exclusivamente) Devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria ou psiquiatria. <u>Doença de Alzheimer</u> (PCDT)

* atualizado em 11/12/19.

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

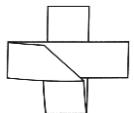
ATUALIZADO EM 24/04/2025.



<p>DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável. (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p>Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/mL injetável.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p><u>Doença de Crohn</u></p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses);- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (validade 3 meses);- Laudo dos exames (validade 12 meses):<ul style="list-style-type: none">- endoscópico (colonoscopia); ou radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); ou anátomo-patológico; ou cirúrgico. <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 90 dias). <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias);- PPD (validade 2 anos).- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para substituição/troca entre Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico detalhando os sintomas clínicos;- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB);- Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 12 meses);<ul style="list-style-type: none">- Exames atualizados:<ul style="list-style-type: none">- PPD (validade 2 anos);- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano) <p><u>Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</u></p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). <p>Periodicidade: Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO, creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia).- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).	<p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Doença de Crohn</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

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



DOENÇA DE POMPE
(Protocolo MS)

ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG
INJETÁVEL

[Doença de Pompe](#)

*Atualizado em 03/08/2022

- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida

Exame laboratorial:

- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida **em fibroblastos ou leucócitos**, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; **ou**
- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:

- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento

Periodicidade: semestral

- Laudo fonoaudiológico
- Laudo de pneumologista
- Ecocardiograma.

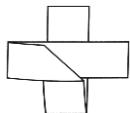
Periodicidade: anual

E74.0

[Doença de Pompe](#)
[\(PCDT\)](#)

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 24/04/2025.

**SUS**

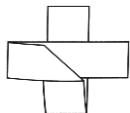
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE FABRY (Protocolo MS)</p> <p>Alfagalsidase 1mg/mL F/A (acima de 7 anos)</p> <p>Betagalsidase 35 mg F/A (acima de 7 anos)</p> <p><u>Doença de Fabry</u></p> <p>*Atualizado em 27/01/2025</p>	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma (sem validade)- Cópias dos exames:<ul style="list-style-type: none">○ Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum (validade 90 dias); e○ Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. (validade 90 dias) <p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para homens com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">○ Laudo de exame da atividade da enzima αGAL-A; (sem validade) ou○ Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A (sem validade).- Para mulheres com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">○ Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A; (sem validade) ou○ Laudo de exame genético familiar que documente ser paciente heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da αGAL-A; (sem validade) ou○ Comprovação de ao menos uma das alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF:<ul style="list-style-type: none">▪ aumento na excreção urinária de GL-3; ou evidência histológica de acúmulo de GL-3), associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF (angioqueratoma confirmado por biópsia ou córnea verticilata) (sem validade)- Para crianças (7 a 17 anos):<ul style="list-style-type: none">○ relato médico informando o diagnóstico clínico do paciente, detalhando as manifestações e sintomas da doença (validade 90 dias); ou○ Laudo de biópsia renal demonstrando lesão podocitária (sem validade)	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma <p>Periodicidade: anual.</p> <p>- Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum;</p> <p>Periodicidade: anual.</p> <p>- Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina.</p> <p>Periodicidade: anual.</p> <p>E75.2</p> <p>Deverem ser atendidas em serviços especializados em genética.</p> <p><u>Doença de Fabry</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

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

**Validade 90 dias:**

- 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 Abdômen (**1 ano e dois anos respectivamente**);
- Densitometria óssea (para > 19 anos) – (**validade 1 ano**);
- Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos (**validade 1 ano**);
- Eletroforese de proteína (**validade 90 dias**).

Para Miglustate atentar também para:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);
- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico.

Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.

- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica).

Periodicidade: Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral.

- TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina.

Periodicidade: Anual.

- Eletroforese de proteínas.

Periodicidade: a cada 3 anos.

Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.

E75.2

Hematologista
(Preferencialmente)

Inicialmente, deverão ser atendidos em Centro de Referência. Recomenda-se que o Centro de Referência disponha de equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologista. A continuidade do atendimento poderá ser descentralizada, mantendo-se o Centro de Referência conforme mencionado no item 7 Centros de Referência, No sub-item 8.4 Esquemas de Administração e no item 9 Monitorização.

[Doença de Gaucher](#)
(PCDT)

DOENÇA DE GAUCHER
(Protocolo MS)

Imiglucerase 400 U injetável F/A

Alfavelaglicerase 400 U injetável F/A

Alfatadaliglicerase 200 U injetável F/A

Miglustate 100mg cáps.

[Doença de Gaucher](#)

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

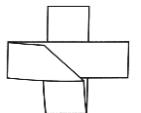
ATUALIZADO EM 24/04/2025.



<p>DOENÇA DE PAGET (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Risedronato 35mg comp.</p> <p><u>Doença de Paget</u></p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico detalhando a clínica do paciente, descrevendo, quando presente, a sintomatologia apresentada (validade 6 meses);- Exame de imagem (cintilografia óssea ou radiografia simples ou Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética do crânio e ossos longos) comprovando o Diagnóstico da doença (validade 1 ano);- Fosfatase Alcalina, PTH, Cálcio sérico, Vitamina D, AST/TGO, ALT/TGP, Bilirrubina total e frações (validade 90 dias);- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);Para ácido zoledrônico:- Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias).	<ul style="list-style-type: none">- Fosfatase Alkalina e cálcio sérico; <p>Periodicidade: Semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista (Preferencialmente)</p> <p><u>Doença de Paget</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

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



DOENÇA DE PARKINSON
(Protocolo MS)

Amantadina 100mg comp.

Bromocriptina 2,5mg comp.

Clozapina 25mg e 100mg comp.

Entacapona 200mg comp.

Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp.

Rasagilina 1mg comp.

Selegilina 5mg comp.

Trihexifenidil 5mg comp.*

(*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu fornecimento deverá aguardar finalização de processo licitatório).

[Doenca de Parkinson](#)

* Atualizado em 17/02/2020.

- Informações médica sobre a clínica do paciente confirmando o diagnóstico de parkinson, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte.

Para Amantadina:

- Uréia e creatinina (**validade 90 dias**)

Para Clozapina:

- Hemograma completo (**validade 90 dias**)

Para Bromocriptina:

- Ecocardiograma.

Periodicidade: Anual.

Para Tolcapona:

- ALT/TGP, AST/TGO.

Periodicidade: Mensal nos primeiros 18 meses. Após, trimestral.

Para Amantadina:

- Ureia, creatinina.

Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, Semestral.

Para Clozapina:

- Hemograma completo.

Periodicidade: Mensal.

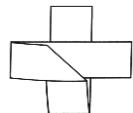
G20

Neurologista
Geriatra
(Preferencialmente)

[Doenca de Parkinson](#)
(PCDT)

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 24/04/2025.

**SUS**

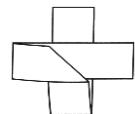
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE WILSON (Protocolo MS)</p> <p>Penicilamina 250mg cápsula</p> <p>Trientina 250mg cápsula</p> <p><u>Doença de Wilson-1</u></p>	<ul style="list-style-type: none">- Formulário de avaliação para diagnóstico de doença de Wilson <u>Formulário para Avaliação para Doença de Wilson</u> <p>Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cobre urinário de 24h. <p>Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de cobre sérico livre <p>Periodicidade: Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral</p> <p>Para Penicilamina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. Periodicidade: Semestral. <p>Para Trientina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ferritina sérica <p>Periodocidade: semestral</p>	<p>E83.0</p> <p>Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.</p> <p><u>Doenca de Wilson</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

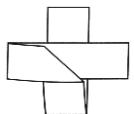
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS) Hidroxiuréia 500 mg cáps. <u>Doença Falciforme</u></p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de reticulócitos, - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF; - AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia e ácido úrico (validade 90 dias) - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade <u>em mulheres em idade fértil</u>). <p>Para pacientes com idade entre 9 meses e 2 anos, incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo informando se paciente apresenta dactilite (no primeiro ano de vida); ou - concentração de Hb < 7 g/dL (média de 3 valores fora de evento agudo); ou <ul style="list-style-type: none"> - contagem de leucócitos > 20.000/mm³ (média de 3 valores fora de evento agudo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma e contagem de reticulócitos. <p>Periodicidade: Mensal até dose de manutenção, após trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, uréia, Gama-GT e Beta HCG (mulheres em idade fértil). <p>Periodicidade: Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de ácido úrico (<i>Solicitar somente quando níveis basais estiverem acima do limite normal</i>). <p>Periodicidade: Mensal até obtenção de níveis dentro dos valores de referência.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF. <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>D57.0 D57.1 D57.2</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Nefrologista (Se insuficiência renal)</p> <p>Devem ser acompanhadas no centro de referência para DF, que deve contar com médico hematologista.</p> <p><u>Doença Falciforme (PCDT)</u></p>
<p>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS) Filgrastim 300mcg injetável F/A Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p>	<p>1. Idade inferior ou igual a 12 anos;</p> <p>2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>3. Para HIV: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;</p> <p>4. Para púrpura trombocitopênica: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, TGO e TGP. <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<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</p> <p>Pediatra ou Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.</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 24/04/2025.

**SUS**

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



DPOC
(Protocolo MS)

**Budesonida 200 mcg cápsula
inalante ou pó inalante ou aerosol
bucal**

**Budesonida 400 mcg cápsula
inalante**

**Formoterol 12mcg cápsula inalante
ou pó inalante**

**Formoterol + budesonida 6+200mcg
e 12+400mcg cápsula inalante ou
pó inalante**

**Umeclidínilo + Vilanterol 62,5+
25mcg pó inalante**

**Tiotrópico + olopatadele 2,5+2,5mcg
solução para inalação oral.**

[DPOC - MS](#)

*atualizado em 25/01/2022

- [Formulário de inclusão para DPOC;](#)

- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT – **validade 180 dias.**

-

- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispneia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações.

Periodicidade: Semestral

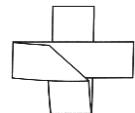
J44.0
J44.1
J44.8

Pneumologista
(Exclusivamente)

[Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica](#)
(PCDT)

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 24/04/2025.

**SUS**

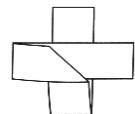
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</p> <p>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</p> <p>Metadona 5mg e 10mg comp Morfina 10mg e 30mg comp.</p> <p>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</p> <p>Dor Crônica</p>	<p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um. - Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). <ul style="list-style-type: none"> - Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>R52.1 R52.2</p> <p>Devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos para seu adequado diagnóstico.</p> <p>Dor Crônica (PCDT)</p>
<p>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</p> <p>Tramadol 50mg caps. (acima de 16 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um. - Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). <ul style="list-style-type: none"> - Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>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>
<p>ENDOMETRIOSE (Protocolo MS)</p> <p>Danazol 100mg cáps (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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). - Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatomoatrológico de biópsia peritoneal. 	<p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina; <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>N80.0/ N80.1/ N80.2 N80.3/ N80.4/ N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</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 24/04/2025.

**SUS**

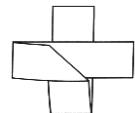
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Gosserrelina 10,8 mg injetável Leuprorrelina 3,75 mg Leuprorrelina 11,25 mg injetável <small>(Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº004/2023)</small> Triptorrelina 3,75mg injetável <u>Endometriose</u></p>			<u>Endometriose</u> (PCDT)
<p>ENXAQUECA <small>(Critério de uso – Estadual)</small></p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente maior de 18 anos; - Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica; - 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>* Validade 90 dias.</p> <p><u>Diário de Cefaléia</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p><u>Diário de Cefaléia</u></p>	<p>G43 G43.0 G43.1 G43.3 G43.9</p> <p>Neurologista</p> <p><u>Topiramato - Critérios de utilização na profilaxia da enxaqueca crônica</u></p>
<p>EPILEPSIA <small>(Protocolo MS)</small></p> <p>Clobazam 10mg e 20mg comp.</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cáps.</p> <p>Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Levetiracetam 250mg, 500mg, 750mg e 1000mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de registro de crises (validade 90 dias) <p><u>Diário de crises - Epilepsia</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de registros de crises. <p>Periodicidade: Semestral</p> <p><u>Diário de crises - Epilepsia</u></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 (Preferencialmente)</p> <p>Exige especialidades de acordo com a clínica do paciente: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: podem controlar com monoterapia as crises epilépticas de 50% dos pacientes; Neurologistas e</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 24/04/2025.

**SUS**

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



Levetiracetam 100 mg /ml
solução oral (frasco de 100ml ou de 150
ml)

Primidona 100mg comp.

Vigabatrina 500mg comp.

[Epilepsia](#)

* Atualizado em 14/10/22

neurologistas pediátricos:
podem controlar mais 20% dos
pacientes; Epileptologistas,
neurocirurgiões e equipe:
avaliação para confirmação
diagnóstica e tratamento
cirúrgico de epilepsia;
Neurologista pediátrico,
neurologista, pediatra,
nutrólogo, nutricionista:
avaliação para confirmação
diagnóstica e possibilidade de
tratamento com a dieta
cetogênica.

[Epilepsia](#)
(PCDT)

**ESCLEROSE SISTÊMICA
(Protocolo MS)**

Azatioprina 50mg comp.

Ciclofosfamida 50mg drágea

Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml
sol.inj. Em ampola de 2ml

Sildenafil 25mg e 50mg comp.

[Esclerose Sistémica](#)

- Laudo médico informando o acometimento visceral predominante e a estratégia terapêutica definida de acordo com o acometimento visceral predominante (**validade 90 dias**)

- Autoanticorpos específicos para ES (**sem validade**);

- Hemograma completo (**validade 90 dias**).

Para Azatiopina
- AST/TGO e ALT/TGP (**validade 90 dias**).

Para Ciclofosfamida e Metotrexato:
- AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina (**validade 90 dias**).

Para Azatioprina:
- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP.
Periodicidade: Trimestral

Para Ciclofosfamida e Metotrexato:
- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina.
Periodicidade: Trimestral.

M34.0
M34.1
M34.8

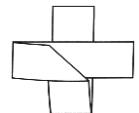
Reumatologista
Pneumologista
(Preferencialmente)

Recomenda-se a constituição de
um centro de referência para
avaliação, acompanhamento e
administração de
imunossupressores em casos
especiais de ES juvenil.

[Esclerose Sistémica](#)
(PCDT)

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 24/04/2025.

**SUS**

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

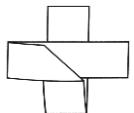


ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA (Protocolo MS) Riluzol 50mg comp. Esclerose Lateral Amiotrófica	<ul style="list-style-type: none"> - Eletroneuromiografia dos 4 membros (validade 24 meses); - Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (validade 90 dias); - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo; - TGO/TGP. <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.</p>	G12.2 Neurologista (Preferencialmente). Esclerose Lateral Amiotrófica (PCDT)
ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS) Alentuzumabe injetável, 12mg F/A (18 anos) Azatioprina 50mg comp. Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A Betainterferona 1B 9.600.000UI (300mcg) F/A Cladribina 10mg comp. Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos) Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos) Glatirâmer 40mg (seringa preenchida) Natalizumabe 300mg F/A (18 anos) Teriflunomida 14mg comp (18 anos) Esclerose Múltipla	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS - Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Ressonância magnética do crânio (validade 24 meses); o Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (validade 03 meses) - Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (validade 03 meses) o Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção). Escala de EDSS - Esclerose Múltipla <p>Para Alentuzumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Cladribina e ausência de contraindicações ao uso de Alentuzumabe (validade 3 meses) - Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 24 meses) - Creatinina sérica, exames de urina e TSH (validade 3 meses) - PPD ou IGRA (validade 2 anos). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano) <p>Para Betainterferonas, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH (validade 03 meses) <p>Para Cladribina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Natalizumabe (validade 3 meses) - Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 24 meses) - Hemograma (validade 3 meses) - PPD ou IGRA (validade 2 anos). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de surtos; - Valor da Escala EDSS; - Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Betainterferonas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fingolimode:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica <p>Periodicidade: anualmente.</p>	G35 Neurologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados. Esclerose Múltipla (PCDT)

*Atualizado em 27/12/2024

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 24/04/2025.

**SUS**

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



- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);

Para Fingolimode, acrescentar:

- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila) E informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica;
(validade 03 meses)

Para Natalizumabe, acrescentar:

- Relato médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe
(validade 03 meses), associado a uma das opções abaixo:

Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade:

- o Relato médico documentado este diagnóstico; **(validade 3 meses)**
- o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; **(validade 24 meses)**

Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade:

- o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de fingolimode **(validade 3 meses)**
- o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio **(validade 24 meses)**;

Para Teriflunomida, acrescentar:

- PPD ou IGRA (validade 2 anos).
- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).
- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano)
- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.

Para Cladribina:

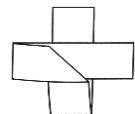
- Hemograma completo

Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento

Para Alemtuzumabe:

- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH

Periodicidade: 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.

**SUS**

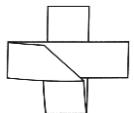
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ESPASTICIDADE (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Espasticidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); - Laudo médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (validade 90 dias); - Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM). 		<p>G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2 G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 / I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8 T90.5 / T90.8</p> <p>Espasticidade (PCDT)</p>
<p>ESPONDILITE ANCIOSANTE (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 25mg (Abaixo de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 10mg/ml injetável</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido</p> <p>Naproxeno 500mg comprimido</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonânciia Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 24 meses); - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Laudo médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (validade 90 dias); o Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, Creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPD (validade 2 anos). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor de BASDAI ou ASDAS; Periodicidade: Trimestral - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Metotrexato e Naproxeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M45 M46.8</p> <p>Reumatologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista.</p> <p>Espondilite Ancilosante</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 24/04/2025.

**SUS**

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



**Secuquinumabe 150 mg/mL injetável
(Acima de 18 anos)**

**Sulfassalazina 500mg comprimido
Espondilite Ancilosante**

*Atualizado em 11/11/19.

**ESQUIZOFRENIA
(Protocolo MS)**
Clozapina 25mg e 100mg comp.
Olanzapina 5mg e 10mg comp.
**Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e
300mg comp.**
Risperidona 1mg e 2mg comp.
Ziprasidona 40mg e 80mg comp.

Esquizofrenia

- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum – (**validade 90 dias**)

Só para Clozapina:
- Hemograma completo (**validade 30 dias**).

Para Todos:
- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum.
Periodicidade: Anual.

Só para Clozapina:
- Hemograma completo.
Periodicidade: Mensal.

F20.0
F20.1
F20.2
F20.3
F20.4
F20.5
F20.6
F20.8

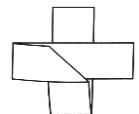
Psiquiatra
Médico do Programas de Saúde
Mental do SUS
(Exclusivamente)

Casos especiais:
Geriatra: Somente para idosos com Doença de Alzheimer
Neurologista: pacientes epilépticos que apresentam co-morbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações.

[Esquizofrenia](#)

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 24/04/2025.

**SUS**

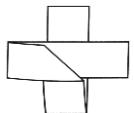
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando:<ul style="list-style-type: none">- O estágio da DRC que o paciente se encontra;- Se paciente é diabético ou não;- O tratamento medicamentoso atualmente em uso descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte; (validade 90 dias)- Creatinina sérica (validade 90 dias);- Para pacientes não diabéticos, acrescentar razão Albumina/Creatinina (RAC) urinária (validade 90 dias)	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando o estágio da DRC que o paciente se encontra. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- EAS, Creatinina sérica, Potássio sérico e RAC urinária. <p>Periodicidade: Anual (a depender da clínica, pode-se solicitar exames complementares para monitorização).</p>	<p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5</p> <p>Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica</p>
<p>FENILCETONÚRIA (Protocolo MS)</p> <p>Complemento alimentar isento de fenilalanina</p> <p>Sapropterina 100mg compr. (Somente sexo feminino)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames semanais consecutivos) - (sem validade) <p>Para dispensação de Sapropterina para realização do Teste de responsividade, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Relato médico informando diagnóstico de Fenilcetonúria (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC e se paciente está em período gestacional ou não (validade 30 dias). <p>Para dispensação de Sapropterina durante o período periconcepcional e gestação, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Laudo RESPONSIVO ao teste de responsividade à Sapropterina sapropterina (sem validade);▪ Beta HCG ou relato médico que paciente está em período periconcepcional (validade 30 dias);	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de Fenilalanina sérica: <p>Periodicidade: trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos meses consecutivos)</p>	<p>E70.0 E70.1</p> <p>Fenilcetonúria (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

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



FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR
(Critério de Uso - Estadual)

Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cápsula

Rivaroxabana 15 e 20mg compr.

[Fibrilação Atrial Não Valvar](#)

- Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico. (**sem validade**)

- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc) com resultado maior ou igual a 2 (**sem validade**)

[Formulário - Escala de CHA2DS2-VASc](#)

- Creatinina sérica ou clearance de creatinina (**validade 90 dias**)

- Creatinina sérica ou clearance de creatinina.
Periodicidade: semestral.

Obs 1.: Para pacientes em uso de Dabigatran, o clearance de creatinina (ClCr) deve estar maior que 30ml/min.

Obs 2.: Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o ClCr deve estar maior que 15ml/min. A dose recomendada é 20 mg 1x/dia. Para pacientes com função renal com alteração moderada (Clearance de Creatinina entre 15 a 50 ml/min) a dose recomendada é 15 mg 1x/dia.

I48
I63.1

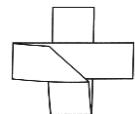
Neurologista
Cardiologista
(Exclusivamente)

[Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial](#)

[Dabigatran - Critérios de utilização na fibrilação atrial nao valvar](#)

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 24/04/2025.

**SUS**

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



FIBROSE CÍSTICA
(Protocolo MS)

Alfadornase 2,5mg solução injetável *

Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.*
(Idade entre 6 e 11 anos)

Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.*
(acima de 6 anos)

Ivacaftor 150mg comp.
(acima 6 anos)

Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.

Tobramicina 300mg solução inalatória *

*medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva)

[Fibrose Cística](#)

Atualizado em 09/05/2024

Para todos:

- Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística (sem validade);

Para Alfadornase, acrescentar:

- Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce (validade 3 meses)

Para Pancreatina, acrescentar:

- Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente (validade 3 meses)

Para Ivacaftor, acrescentar:

- Cópia de exame de uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R (sem validade)

Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:

- Relato médico em LME informando dados antropométricos (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC); o número de exacerbações pulmonares e hospitalizações no último ano e medida da pressão arterial (validade 3 meses);

- Cópia de exame de mutação genética F508del no gene CFTR (sem validade);

- Dosagem quantitativa de cloreto no suor atualizado (sem validade – no diagnóstico);

- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (validade 3 meses);

- Espirometria (validade 180 dias);

- Laudo de cultura de secreção respiratória (validade 3 meses);

- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.

Para Tobramicina, acrescentar:

- Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada Pseudomonas aeruginosa (validade 3 meses);

- Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME.

Periodicidade: semestral.

Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e Ivacaftor, acrescentar:

- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina.

Periodicidade: no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual.

- Espirometria

Periodicidade: anual

- Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam:

- Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio;
- Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação ao ano anterior;
- Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios;
- Melhora do estado nutricional, medido pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver outra explicação;
- Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador.

Periodicidade: 12º mês de uso

- Dosagem quantitativa de cloreto no suor
Periodicidade: Entre o 3º e 12º mês de uso.

E84.0
 (exceto pancreatina)

E84.1
 (Exceto alfadornase,
 Tobramicina e ivacaftor)

E84.8

O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC.

[Fibrose Cística](#)
 (PCDT)

FIBROSE CÍSTICA
(Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)

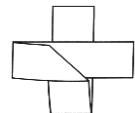
Budesonida 200mcg cáps inal

Formoterol + budesonida 6+200mcg

E84.0
E84.1
E84.8
E84.9

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 24/04/2025.

**SUS**

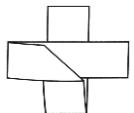
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>e 12+400mcg cáps inal</p> <p>Insulina glargina 100UI/mL frasco 10ml e refil 3ml</p> <p>Omalizumabe 150mg injetável</p> <p>Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg</p>			
<p>GLAUCOMA (Protocolo MS)</p> <p>Acetazolamida 250mg comprimido</p> <p>Bimatoprost 0,3mg/mL sol oftalmica</p> <p>Brimonidina 2mg/mL sol oftalmica</p> <p>Brinzolamida 10mg/mL sol oftalmica</p> <p>Dorzolamida 20mg/mL sol oftalmica</p> <p>Latanoprost 0,05mg/mL sol oftalmica</p> <p>Pilocarpina 20mg/mL sol oftalmica</p> <p>Timolol 5mg/mL sol oftalmica</p> <p>Travoprost 0,04mg/mL sol oftalmica</p> <p>Glaucoma</p>	<p>Para abertura do processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente (validade 90 dias) - Campimetria (validade 12 meses); - Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (validade 12 meses); <p>- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justificando a substituição (validade 90 dias) - Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Medida da PIO basal. Periodicidade: semestral - Campimetria. Periodicidade: Anual 	<p>H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0</p> <p>Oftalmologista (Exclusivamente)</p> <p>Glaucoma (PCDT)</p>
<p>*Atualizado em 06/11/2023</p>			
<p>HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS)</p> <p>Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL (idade acima de 14 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (validade 3 meses); - Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (sem validade) - Cópia de exame lactato desidrogenase (Validade 3 meses) - Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (sem validade); ou Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (sem validade); ou Cópia de ecocardiograma com PSAP > 35 (sem validade); ou Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (validade 3 meses); ou Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (validade 3 meses). - Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (validade 3 meses); 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo a evolução clínica. Periodicidade: trimestral. - Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito Periodicidade: trimestral. - Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Trasferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina. Periodicidade: semestral. - Questionário de avaliação da qualidade de 	<p>D59.5</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Hemoglobinúria Paroxística Noturna (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

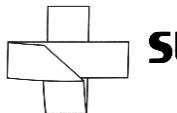
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



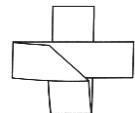
<u>Hemoglobinúria Paroxística Noturna</u>	<ul style="list-style-type: none">- Exames laboratoriais, Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Trasferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina (validade 3 meses);- <u>Questionário de avaliação da qualidade de vida</u> (validade 3 meses)	<u>vida.</u> Periodicidade: semestral.	
HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS) Azatioprina 50mg comp. <u>Hepatite Autoimune</u>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico em LME descrevendo o quadro clínico e a pontuação obtida nos escore de diagnóstico previstos em PCDT-MS:<ul style="list-style-type: none">- escore revisado e adaptado para o diagnóstico de hepatite autoimune - ERDHAI; ou- escore de diagnóstico simplificado - HAI;- Biópsia hepática. Caso não apresente biópsia, deverá apresentar:<ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética),- caso esteja abaixo de 10 vezes da normalidade, associar dosagem de gamaglobulina; ou Relato médico com descrição da presença de sintomas constitucionais incapacitantes ou cirrose com atividade inflamatória	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	<p>K75.4</p> <p>Gastroenterologista Infectologista (Preferencialmente)</p> <p><u>Hepatite Autoimune</u> (PCDT)</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 24/04/2025.



<p>HEMANGIOMA INFANTIL (Protocolo MS)</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI</p> <p><u>Hemangioma Infantil</u></p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;- TSH;- TGO/TGP;- TAP. <p>* Validade 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo;- TGO/ TGP;- TSH (somente para casos de hipotireoidismo). <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D18.0</p> <p>Pediatra (Preferencialmente)</p> <p><u>Hemangioma Infantil</u> (PCDT)</p>
---	--	---	--

**SUS**

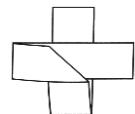
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>HIDRADENITE SUPURATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida (Acima de 18 anos)</p> <p>Hidradenite Supurativa</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a história e a localização anatômica das lesões, o estágio evolutivo da doença em que o paciente se encontra utilizando a classificação de <i>Hurley</i> e os tratamentos prévios realizados (validade 90 dias); e- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e uréia (validade 90 dias); e- PPD (validade 2 anos); e- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); e- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); e- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da <i>HiSCR</i> (<i>Hidradenitis Suppurativa Clinical Response</i>) <p>Periodicidade: trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>L73.2</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p>Hidradenite Supurativa (PCDT)</p>
<p>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (Protocolo MS)</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p> <p>Ciproterona 50 mg comp.</p> <p>Hiperplasia Adrenal Congenita</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. <p>* Validação 90 dias</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. <p>Periodicidade: Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>E25.0</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Hiperplasia Adrenal Congênita</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 24/04/2025.

**SUS**

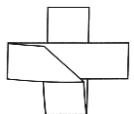
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>HIPERPROLACTINEMIA (Protocolo MS)</p> <p>Bromocriptina 2,5 mg comp. <small>(Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº016/2021)</small></p> <p>Cabergolina 0,5 mg comp.</p> <p>Hiperprolactinemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de macroprolactina (validade 90 dias); - Dosagem de prolactina (validade 90 dias); - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (validade 1 ano); - Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (validade 90 dias); - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); - <u>Ecoangiografia transtorácica:obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (validade 180 dias)</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Prolactina. <p>Periodicidade: Anual ou nos casos de mudança de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. <p>Periodicidade: 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.</p>	<p>E22.1</p> <p>Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Hiperprolactinemia (PCDT)</p>
<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS)</p> <p>Sildenafil 20 mg comp.</p> <p>Ambrisentana 5mg e 10mg comp.</p> <p>Bosentana 62,5mg e 125mg comp.</p> <p>Iloprost 10 mcg/mL solução para nebulização</p> <p>Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp.</p> <p>Hipertensao Arterial Pulmonar</p>	<p>Para início de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO₂) (validade 1 ano) - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias); - Laudo médico informando (validade 90 dias): <ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>; o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; o Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M); o Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica. <p>Para associação ou substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando (validade 90 dias): <ul style="list-style-type: none"> o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; <p>Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição em LME da avaliação clínica do paciente, informando classe funcional NYHA/OMS e a estratificação de risco do paciente com o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Somente para Ambrisentana e Bosentana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após semestral.</p>	<p>I27.0 I27.2 I27.8</p> <p>Pneumologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia</p> <p>Hipertensão Arterial Pulmonar (PCDT)</p>
<p>HIPOPARATIREOIDISMO (Protocolo MS)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Hipoparatireoidismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cálcio total e albumina, <u>OU</u> cálcio iônico; - PTH; - Fósforo e magnésio; -Creatinina e calciúria 24h; - Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina; - Peso atual do paciente. <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas. <p>Periodicidade: Mensal até normalização e após, semestral.</p>	<p>E20.0 / E20.1 E20.8 / E89.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia.</p> <p>Hipoparatireoidismo (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

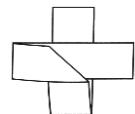
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg cáps.</p> <p>Ictiose Hereditaria</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; - EAS; - Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças. <p>*Validade 90 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Crianças (até 19 anos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densitometria óssea em maiores 60 anos. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>L44.0/ Q80.0/ Q80.1 Q80.2/ Q80.3/ Q80.8 Q82.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p>Ictiose Hereditária</p> <p>(PCDT)</p>
<p>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Imunodeficiencia Primaária</p>	<p>Para todos os CIDs: Validação 90 dias</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: Validação 90 dias</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. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<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 (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista.</p> <p>Imunodeficiencia Primária com predominância de defeitos de Anticorpos</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 24/04/2025.

**SUS**

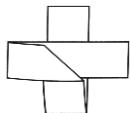
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula)</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg (por comprimido)</p> <p>Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg (por comprimido)</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg (por cápsula)</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Cardíaco</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgate) - Não são exigidos exames iniciais. <p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p>	<p>Para Azatioprina e Micofenolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal nos primeiros 2 meses de uso, depois a cada alteração de dose ou a critério médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amilase, ALT/TGP e AST/TGO <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Tacrolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina <p>Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>Z94.1 T86.2</p> <p>Deverem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Cardíaco (PCDT)</u></p>
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. E 100mg/ml sol. Oral</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos; - Alta hospitalar. <p>*Validade 90 dias.</p> <p>* Atualizado em 03/06/19.</p> <p><u>Imunossupressão do transplante Hepático em Pediatria</u></p>	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP. <p>Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para Ciclosporina e Tacrolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica. <p>Periodicidade: Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</u></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 24/04/2025.

**SUS**

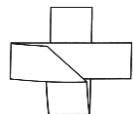
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

**Sirolimo 1mg e 2mg.**

<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e 100mg/ml sol. oral</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</u></p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos (sem validade).- Resumo de alta hospitalar (validade 90 ano). <p style="text-align: center;">* Validade 90 dias</p>	<p>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo: - Dosagem sérica do respectivo medicamento</p> <p>Periodicidade: quando houver ajuste de dose.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio,</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para: Azatioprina - Hemograma completo.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

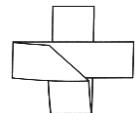
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e sol. Oral 100mg/ml</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp.</p> <p>Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p><u>Imunossupressão do Transplante Renal</u></p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">o Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não);o HLA;o Tempo de isquemia;o Reatividade contra painel;o Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência;o Se trata de retransplante. <p>- Alta hospitalar.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Para Azatioprina</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo <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> <ul style="list-style-type: none">- 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>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose. <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Z94.0 T86.1</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Renal (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

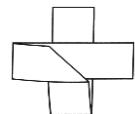
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON (Protocolo MS)</p> <p>Insuficiencia Adrenal Primaria</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p>	<p>- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) <u>ou</u> Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona.</p> <p>* Validade: 90 dias</p>	<p>- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Solicitar registros das medidas de pressão arterial. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>E27.1 E27.4</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Insuficiencia Adrenal (PCDT)</p>
<p>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Sacubitril Valsartana Sódica 50mg, 100mg e 200mg comprimido</p> <p>Insuficiencia Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida</p> <p>* Atualizado em 17/10/2024</p>	<p>- Laudo do médico assistente informando:</p> <ul style="list-style-type: none">- Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra;- Tratamento prévio com descrição dos medicamentos utilizados. (validade 90 dias) <p>- Ecocardiograma transtorácico (validade: 12 meses para início de tratamento ou aos pacientes que estão em uso de comprimidos de Dapagliflozina ou sacubitril valsartana apresentar este exame previamente ao inicio de seu uso (sem validade));</p> <p>Para sacubitril valsartana, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-ProBNP) (sem validade);	<p>- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME. Periodicidade: semestral.</p>	<p>I50.0 I50.1 I50.9</p> <p>Insuficiencia Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

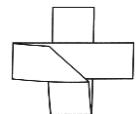
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</p> <p>Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI cápsulas</p> <p>Insuficiencia Pancreatica Exocrina</p>	<p>- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia (3 meses validade): - teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal</p> <p>Associado a:</p> <p>- Exame de imagem com alterações condizentes com pancreatite crônica (sem validade): - Radiografia simples de abdome; ou Ultrassonografia de abdome; ou Ecoendoscopia; ou Tomografia computadorizada de abdome; ou Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER); ou ressonância magnética de vias biliares.</p> <p>Exceção:</p> <p>- Em casos de câncer pancreático, somente: laudo médico associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</p> <p>- Em casos de ressecções pancreáticas, somente: laudo cirúrgico ou cópia de exame de imagem, associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</p>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME.</p> <p>Periodicidade: semestral.</p>	<p>K86.0 K86.1 K90.3</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p>Insuficiência Pancreática Exócrina (PCDT)</p>
<p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Oxibutinina 5 mg</p> <p>Oxibutinina 10 mg</p> <p>Tolterodina 4 mg* <small>(Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº012/2020)</small></p>	<p>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (validade 90 dias);</p> <p>- 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 (validade 90 dias).</p>	<p>-</p>	<p>R32 N30.0 / N31.0 / N31.9 N32.0 / N33.0 / N39.0</p> <p>Urologista Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p>Oxibutinina - (cloridrato de oxibutinina) e Tolterodina (tartrato de tolterodina) - Critérios de utilização</p>
<p>LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p>	<p>- Histerosalpingografia <u>OU</u> - Histeroscopia <u>OU</u> - Histerossalpingografia <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>	<p>- Ultrassonografia e hemograma.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D25.0 D25.1 D25.2</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em</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 24/04/2025.

**SUS**

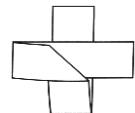
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Leuprorrelina 3,75 mg Leuprorrelina 11,25 mg injetável* (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº004/2023)</p> <p>Triptorrelina 3,75mg injetável Leiomíoma do Útero</p>	<p>*Validade 1 ano.</p>		<p>ginecologia. <u>Leiomíoma</u> (PCDT)</p>
<p>LINFANGIOLEIOMATOMOSE Sirolimo 1mg e 2mg comp <u>Linfangioleiomomatose</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente - Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade) - Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade); - Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de abdôme (sem validade); ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou - Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou - Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica do medicamento. <p>Periodicidade: Semestral ou quando houver ajuste de dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>J84.8 <u>Linfangioleiomomatose</u></p>
<p>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS) Azatioprina 50 mg comp. Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral Ciclofosfamida 50 mg drágea Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024) Hidroxicloroquina 400 mg comp. Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI (<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>). - Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, Uréia e creatinina, EAS, Complemento C3 e C4, Eletroforese de proteínas, Avaliação de auto-anticorpos: anti-DNA nativo (validade 90 dias). - FAN (sem validade). <p>Para LES + NEFRITE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, Eletrólitos (sódio e potássio) (validade 90 dias) - Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (sem validade) <p>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de Coombs direto, Reticulócitos, DHL (desidrogenase lática). (validade 90 dias) <p>Para LES + TROMBOSE:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, complementos C3 e C4. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina</p>	<p>L93.0 L93.1 M32.1 M32.8</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p> <p>Casos especiais devem ser tratados por médicos qualificados, em serviço especializado. Gestantes, lactantes, crianças e pacientes com manifestações graves</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 24/04/2025.

**SUS**

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



Micofenolato de mofetila 500 mg comp.
 (somente para Nefrite Lípica)

[Lúpus Eritematoso Sistêmico](#)

*Atualizado em 16/11/2022

- Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM.
(validade 90 dias)

Para Hidroxicloroquina:
 Avaliação oftalmológica **(validade 1 ano)**.

- Creatinina e uréia.

Periodicidade: Trimestral.

- Dosagem sérica de ciclosporina

Periodicidade: Semestral.

Para Ciclofosfamida

- creatinina, uréia, sódio e potássio.

Periodicidade: trimestral.

- Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino.

Periodicidade: Anual.

Para Hidroxicloroquina

- Avaliação oftalmológica.

Periodicidade: Anual.

Para Danazol

- TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicerídeos.

Periodicidade: Trimestral.

associadas ao LES também devem ser encaminhadas para serviço especializado.

[Lúpus Eritematoso Sistêmico](#)
[PCDT](#)

**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO,
 DOENÇA DO ENXERTO CONTRA
 HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E
 SÍNDROME MIELODISPLÁSICA**

Talidomida 100 mg comp.

- Não é exigido LME;
 - Notificação de receita de talidomida;
 - Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade **OU** Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;
 - Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – **validade 90 dias**;
 - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) **(Validade 30 dias)** ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**).

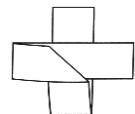
- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.

**M32/ L93.0/ L93.1
 T86.0/ C90.0/D46.0
 D46.1/ D46.4**

Hematologista
 Reumatologista
 (Preferencialmente)

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 24/04/2025.

**SUS**

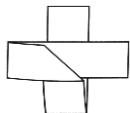
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina comp. 25mg, 50mg, 100mg e sol. oral 100mg/mL</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</p> <p>Piridostigmina 60mg comp.</p> <p>Miastenia Gravis</p> <p>* Atualizado em 15/03/19.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames confirmatórios de diagnóstico (sem data de validade): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo de Eletroneuromiografia; ou ▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetylcolina <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP; - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Creatinina; - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo Médico, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) – (validade 90 dias). 	<p>Para Azatioprina: Hemograma, TGO e TGP. Periodicidade: Mensalmente, nos primeiros três meses, após, Trimestralmente.</p> <p>Para Ciclosporina: - Nível sérico de ciclosporina, sódio, potássio, cálcio, magnésio e creatinina Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>G70.0 Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Deverem ser atendidos em serviços especializados, todos os pacientes com dificuldades diagnósticas, refratários ao tratamento clínico ou com intolerância medicamentosa.</p> <p>Miastenia Gravis (PCDT)</p>
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5ML</p> <p>Mucopolissaridose Tipo I</p> <p>* Atualizado em 12/04/2018.</p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos ou leucócitos E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan e dermatan (DS) OU o Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene IDUA. <p>- Questionário de qualidade de vida validado;</p>	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente com avaliações atualizadas do peso e altura, da pressão arterial, da hepatometria e da mobilidade articular; e a adesão ao número de infusões previstas no período; Periodicidade: semestral</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); Periodicidade: semestral.</p> <p>- Questionário de qualidade de vida validado; Periodicidade: anual.</p>	<p>E76.0 Tratamento é recomendado que seja feito por equipe em serviços especializados.</p> <p>Mucopolissaridose Tipo I (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

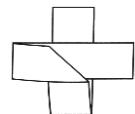
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II (Protocolo MS)</p> <p>Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml</p> <p><u>Mucopolissacaridose Tipo II Idursulfase</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame de comprovação diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> o Cópia de exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; ou o Cópia do exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) determinada na mesma amostra de plasma, fibroblasto, leucócito; e da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade de IDS); e dosagem de glicosaminoglicanos na urina; - Laudo médico contendo a história clínica, peso, altura, pressão arterial (validade 90 dias); - Laudo de neurologista descendo a avaliação neuropsicomotora (validade 90 dias); - Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal); - Questionário de qualidade de vida validado; - Laudo de radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (póstero-anterior), coxofemorais (póstero-anterior) e ambas as mãos (validade 90 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de glicosaminoglicanos na urina; e - Laudo médico contendo a evolução clínica, peso, altura, pressão arterial; e - Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal). <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de qualidade de vida validado; - Laudo de médico neurologista descrevendo o desenvolvimento neuropsicomotor. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E76.1</p> <p>Geneticista Neurologista Pediatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser feito por equipe em serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade.</p> <p><u>Mucopolissacaridose do tipo II (PCDT)</u></p>
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A (PCDT-MS)</p> <p>Alfaelosulfase 1 mg/ml injetável.</p> <p><u>Mucopolissacaridose Tipo IV A-1</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; OU Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS. - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses); - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); - Ecocardiograma (validade 180 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M); - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos; - Ecocardiograma; - Espirometria; <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar em serviços especializados.</p> <p><u>Mucopolissacaridose tipo IV A (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

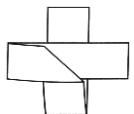
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI (PCDT-MS)</p> <p>Galsulfase 1mg/ml injetável</p> <p><u>Mucopolissacaridose Tipo VI</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Atividade da ASB em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS) • OU • Atividade da ASB em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene <i>ASB</i>. - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: <ul style="list-style-type: none"> • Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses); • Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: <ul style="list-style-type: none"> • Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M); <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador); <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar</p> <p><u>Mucopolissacaridose tipo VI (PCDT)</u></p>
<p>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</p> <p>Ertapenem 1g injetável F/A</p> <p>Teicoplanina 400mg injetável F/A</p> <p><u>Osteomielite Crônica</u></p> <p>*Atualizado em 14/10/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo de cultura com Antibiotograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado (validade 90 dias). - Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP..(validade 90 dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: trimestral.</p>	<p>M46.2 M86.4 M86.6 M86.9</p> <p>Infectologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Osteomielite Crônica (Protocolo Estadual)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

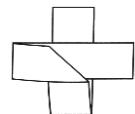
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>OSTEOPOROSE (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Pamidronato 60 mg injetável F/A</p> <p>Raloxifeno 60mg comp.</p> <p>Risedronato 35 mg comp</p> <p>Romosozumabe 90mg/mL seringa com 1,17mL (equivalente a Romosozumabe 105mg seringa)</p> <p>Osteoporose</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de osteoporose preenchido pelo médico assistente (validade 90 dias) - Densitometria óssea (validade 1 ano); - Dosagem de 25-hidroxivitamina D e cálcio séricos (validade 90 dias); - Creatinina Sérica ou Clearance de Creatinina (validade 90 dias); - Caso apresente histórico de fratura osteoporótica: anexar laudo da radiografia que evidencia a fratura (sem validade); - Caso apresente intolerância ou dificuldades de deglutição aos bisfosfonatos orais: anexar laudo médico detalhado, com descrição dos sintomas, e/ou exame de Endoscopia Digestiva Alta referente à doença gastrointestinal (sem validade). <p>Para Romosozumabe acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado da avaliação do risco de fratura calculado pelo FRAX® (validade 90 dias) - Hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), fósforo, albumina, fosfatase alcalina, PTH, TSH. (validade 90 dias) 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densitometria óssea <p>Periodicidade: a cada 2 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e cálcio e Creatinina Sérica ou Clearance de Creatinina <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Romosozumabe: Período máximo de fornecimento de 1 ano.</p>	<p>M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1 (APENAS PARA MULHERES)</p> <p>M80.2 / M80.3 M80.4 / M80.5 M80.8 / M81.2 M81.3 / M81.4 M81.5 / M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 / M82.8 M85.8 (AMBOS OS SEXOS)</p> <p>Osteoporose (PCDT)</p>
<p>PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Protocolo MS)</p> <p>Palivizumabe 50mg/mL e 100mg/mL injetável F/A</p>	<p>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário de solicitação de palivizumabe; - Receita médica atualizada; - Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas em unidade de cuidado neonatal); - Para pacientes cardiológicos: relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (Anexo I). <p>Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário de solicitação de palivizumabe; - Receita médica atualizada; - Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas); - Para pacientes cardiológicos: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (Anexo II). - Para pacientes com doença pulmonar crônica: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticóide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (Anexo III). 	<p>Formulário para Solicitação de Palivizumabe</p>	<p>Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório</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 24/04/2025.

**SUS**

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

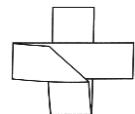


<p>PSORÍASE (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg caps.</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa (acima 6 anos)</p> <p>Calcipotriol 50mcg/g pomada</p> <p>Ciclosporina 100mg/ml sol. Oral; 25mg; 50mg e 100mg caps.</p> <p>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</p> <p>Risanquinumabe 75 mg/0,8mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável</p> <p><u>Psoriase</u></p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando o grau de gravidade das lesões informado o valor do índice de extensão da psoríase – PASI ou do índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI). Incluir no laudo, a informação sobre o uso de quaisquer medicamentos (validade 90 dias) <p>Para Calcipotriol:</p> <p>Cálcio Sérico (validade 90 dias)</p> <p>Para Todos, exceto calcipotriol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, Gama-GT, (validade 90 dias) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Acitretina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (validade 90 dias) - Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (validade 1 ano) <p>Para Ciclosporina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilirrubinas, Colesterol total e frações, triglicerídeos, sódio, magnésio, potássio, ácido úrico e EAS. (validade 90 dias) - PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albumina, EAS (validade 90 dias); - PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); - Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteína C reativa (PCR), EAS (validade 90 dias); - Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano) <ul style="list-style-type: none"> - PPD, HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). 	<p>Para todos os medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice PASI ou DLQI <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Acitretina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil <p>Periodicidade: Mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para crianças: Raios-X de mãos e punhos. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, Creatinina. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT e PCR <p>Periodicidade: trimestral</p>	<p>L40.0</p> <p>L40.1</p> <p>L40.4</p> <p>L40.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>Psoriase (PCDT)</p> <p>Deverem ser atendidos em serviços especializados.</p>
---	---	--	---

*atualizado em 12/05/2022.

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 24/04/2025.

**SUS**

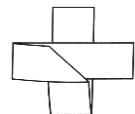
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>POLINEUROPATHIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (Protocolo MS)</p> <p>Tafamidis 20mg - comp (acima de 18 anos)</p> <p>Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Biópsia do órgão afetado com comprovação do depósito amilóide; <u>OU</u> Exame de DNA, com a presença de mutação do gene da TTR; (realizados a qualquer momento – sem prazo de validade); - Laudo médico (validade 90 dias) contendo: <ul style="list-style-type: none"> * Sintomatologia apresentada; * Estágios de gravidade da doença (I, II, III ou IV) de acordo com a incapacidade de deambulação do paciente e o grau de assistência necessário; * Histórico familiar da doença; * Informação se paciente foi submetido a transplante hepático; - Exames laboratoriais (validade 90 dias): <ul style="list-style-type: none"> * Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); - Beta-HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); <p>Obs. Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); - Beta-HCG (mulheres em idade fértil) <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>E85.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos preferencialmente em serviços de atenção especializada em doenças raras.</p> <p>Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p>
<p>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</p> <p>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</p> <p>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</p>	<p>Para paciente com previsão de transplante para os próximos 3 meses:</p> <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><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatite fulminante por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> - Anti-HBc IgM (+). <p>Para paciente pós – transplantado:</p> <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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. <p>Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti – HBs, ALT e AST. <p>Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais).</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg. <p>Periodicidade: Semestral (não obrigatório).</p>	<p>B18.0 B18.1 B16.0 B16.2</p> <p>Infectologista Gastroenterologista (Preferencialmente).</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 24/04/2025.

**SUS**

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



<p>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (validade 90 dias). - Idade maior que 18 anos. - 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>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 90 dias.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- exame de clearance de creatinina (validade 90 dias); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 90 dias) e peso atualizado do paciente. 	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). - 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>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</p> <p>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</p> <p>M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente)</p> <p>Dabigatran - Critérios de utilização na profilaxia da TVP</p>
<p>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50mg comp.</p> <p>Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg e 45mg injetável</p> <p>Triptorrelina 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável</p> <p>Puberdade Precoce Central</p> <p>*Atualizado em 26/12/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (validade 90 dias) - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (validade 90 dias) - Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (validade 90 dias); - Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos de todas as idades e para meninas até 06 anos. (validade 24 meses). - Ultrassonografia pélvica para meninas (validade 24 meses) - Dosagem de LH (validade 90 dias); - Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, (exceto para meninas menores de 3 anos) (validade: 24 meses). <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina. <p>Periodicidade: no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. <p>Periodicidade: semestral</p>	<p>E22.8</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico.</p> <p>Puberdade Precoce Central (PCDT)</p>

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

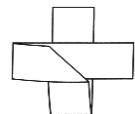
ATUALIZADO EM 24/04/2025.



Observação 2: para o teste de provação: documentos necessários estão em termo específico.

[Formulário Teste Leuprorrelina](#)

[Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprorrelina](#)

**SUS**

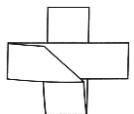
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Eltrombopague 25mg e 50mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p><u>Púrpura Trombocitopenica Idiopatica</u></p>	<p>- Laudo médico detalhando a evolução clínica, tempo de diagnóstico de PTI e os tratamentos prévios realizados (validade 90 dias);</p> <p>- Hemograma completo (validade 30 dias);</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade)</p> <p>Para Eltrombopague:</p> <p>- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (validade 90 dias).</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Hemograma completo</p> <p>Periodicidade: trimestral ou a cada solicitação de aumento de dose.</p> <p>Periodicidade: Trimestral:</p> <p>Azatioprina: ALT/TGP e AST/TGO.</p> <p>Ciclofosfamida: Creatinina.</p> <p>Eltrombopague: ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina.</p> <p>Para Danazol:</p> <p>- TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos.</p> <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia abdominal.</p> <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>D69.3</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços de hematologia.</p> <p><u>Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

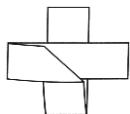
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA (Protocolo MS)</p> <p>Burosomabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps</p> <p>Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada) (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT)</p> <p>Fósforo elementar 250mg cáps (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT)</p> <p><u>Raquitismo e Osteomalacia</u></p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de 25-Hidroxivitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias)- Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias)- Gasometria venosa (validade 90 dias)- Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano) <p>Para Burosomabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico genético de HLX (sem validade) <p>Exames não obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none">- Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade)	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Radiografia das áreas afetadas. <p>Periodicidade: No 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, trimestral.</p> <p>Para burosomabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxivitamina D. <p>Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>Para Calcitriol, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, Trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <p>Periodicidade: 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica.</p> <p>Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: Trimestral- Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p><u>Raquitismo e Osteomalacia</u> (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

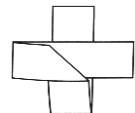
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>RETOCOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25 mg; 50 mg e 100 mg comp e 100mg/mL solução oral</p> <p>Mesalazina 400 mg, 500mg e 800mg compr.</p> <p>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório</p> <p>Mesalazina enema 1g + diluente 100ml</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A (acima 6 anos)</p> <p>Tofacitinibe 5mg comp. (acima 18 anos)</p> <p>Vedolizumabe 300mg F/A (acima 18 anos)</p> <p><u>Retocolite Ulcerativa</u></p> <p>* Atualizado em 18/04/2021</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses); - Laudo dos exames: <ul style="list-style-type: none"> ○ endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 12 meses); e ○ istopatológico (sem validade)*; <p>*em caso de diagnóstico recente ou doença ativa poderá ser solicitado exame recente.</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 90 dias). <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias). - Rastreio para infecções: <ul style="list-style-type: none"> - PPD (validade 2 anos); - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para substituição/troca entre Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 12 meses); - Exames atualizados: <ul style="list-style-type: none"> - PPD (validade 2 anos); - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano) 	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>K51.0 K51.2 K51.3 K51.5 K51.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p>Retocolite Ulcerativa</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 24/04/2025.

**SUS**

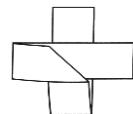
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS)</p> <p>Clopidogrel 75mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME); - 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; - No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista; - No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta. <p>* Validez 90 dias</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 (Preferencialmente)</p> <p>Síndromes Coronarianas Agudas</p>
<p>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A</p> <p>Síndrome de Falência Medular</p> <p>*Atualizado em 24/05/2023</p>	<p>Para Ciclosporina, Ciclofosfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - Hemograma completo (validade 90 dias) - Contagem de reticulócitos (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (validade 90 dias) e Sorologia para parvovírus B19 (validade 180 dias) <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm³ ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV 	<p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos - Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio. <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de creatinina e ureia. <p>Periodicidade: na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> <p>Para Eltrombopague:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Filgrastim - Neutropenias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. <p>Periodicidade: mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p>Obs.: O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p>	<p>D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</p> <p>D61.0 (exceto Ciclofosfamida) D61.1 (exceto Ciclofosfamida) D61.2 (exceto Ciclofosfamida) D61.3 (exceto Ciclofosfamida) D61.8 (exceto Ciclofosfamida)</p> <p>D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)</p> <p>D70 (apenas Filgrastim)</p> <p>Z94.8 (apenas Filgrastim)</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p>Síndrome de falência Medular</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 24/04/2025.

**SUS**

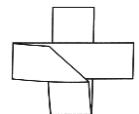
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SINDROME DE GUILLAIN-BARRE (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g F/A</p> <p>Síndrome de Guillain-Barre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (Validade 90 dias); - Liquor (com resultado de celularidade e proteína); - Receita em duas vias; -LME; - 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>*** Por ser uma emergência neurológica, pacientes hospitalizados podem ser atendidos.</p> <p>Não será necessário apresentar a ALTA HOSPITALAR para retirada do medicamento.</p>	<p>G61.0</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré (PCDT)</p>
<p>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (Critérios de uso – Estadual)</p> <p>Pramipexol 0,25mg</p> <p>Termo Síndrome das Pernas Inquietas Pramipexol</p>	<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. <p>* Validação 90 dias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia e Creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p>G25.8</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Exige médico neurologista</p> <p>Pramipexol - Critérios de utilização na síndrome das pernas inquietas</p>
<p>SINDROME DE TURNER (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</p> <p>Síndrome de Turner-1</p>	<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. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IGF-1 (Fator de crescimento insulina símile). <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8</p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente)</p> <p>É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.</p> <p>Síndrome de Turner (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

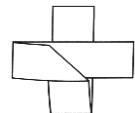
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS) Ciproterona 50 mg comp. Síndrome de Ovarios Policísticos</p>	<p>* Validez 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia pélvica; - Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) ou 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 deidroepiandrosterona; - TSH; - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica); - TGO, TGP e bilirrubinas; - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de testosterona. <p>Periodicidade: Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).</p>	<p>E28.0 E28.2 L68.0</p> <p>Ginecologia Endocrinologia (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia.</p> <p>Síndrome de Ovários Policísticos</p>
<p>SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS) Alfaepoetina 10.000UI F/A Filgrastim 300mcg injetável F/A Talidomida 100 mg comp Síndrome Mielodisplásica de baixo risco</p> <p>*Atualizado em 08/12/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médio informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores: <ul style="list-style-type: none"> * Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; ou * Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R), categorizada em: Muito baixo, Baixo, Intermediário Alto e muito alto. Neste caso, deve-se informar a pontuação obtida do paciente. - Hemograma completo (validade 90 dias). <p>Para Filgrastim, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. <p>Para Talidomida, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. 	<p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral.</p> <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral.</p> <p>Para Talidomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, fosfatase alcalina e AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil 	<p>D46.0 D46.1 D46.4 D46.7</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

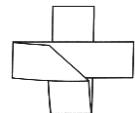
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). - Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA: <ul style="list-style-type: none"> * Notificação de receita de talidomida; * Termo de Responsabilidade/Eclarecimento específico para o usuário da Talidomida 	Periodicidade: Mensal	
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS) Ciclofosfamida 50 mg drágea Ciclosporina cápsulas de 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 50 ml. <u>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal); - proteinuria 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; - laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, collagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. <p>* Validez 90 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para ciclofosfamida); 	<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. <p>Periodicidade: A cada 3 meses.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. <p>Periodicidade: Mensal.</p>	N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9 Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados. <u>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</u>
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Protocolo MS) Ciclosporina cápsula de 25, 50 e 100mg e solução oral 10mg/ml Ciclofosfamida 50mg drágea Tacrolimo 1 e 5mg cáps. <u>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Proteinúria; - Albumina; - Lipídios; - HBsAg, anti-HCV e anti-HIV) e o fator antinuclear (FAN). <p>* Validez 90 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia renal (Em pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído) – sem validade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Albumina sérica; - Colesterol total e triglicerídeos; - Hemograma; - Glicose; - EQU(EAS); - Creatinina sérica; - Índice proteína/creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada</p>	N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9 Nefrologista (Preferencialmente) É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia. <u>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes (PCDT)</u>

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 24/04/2025.

**SUS**

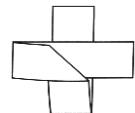
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS)</p> <p>Desferroxamina 500 mg F/A</p> <p>Deferiprona 500 mg comp.</p> <p>Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.</p> <p>Sobrecarga de Ferro</p>	<p>Para todos os medicamentos – (validade 90 dias):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ferritina sérica - Saturação de Transferrina <p>Para Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 30 dias) <p>Para Deferasirox:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TGO, TGP, creatinina (validade 90 dias) <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual e auditiva 	<p>Para Desferroxamina e Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Deferiprona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Deferasirox:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina; - TGO, TGP. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Desferroxamina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual e auditiva. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>T45.4 E83.1</p> <p>Hematologista (Preferencialmente)</p> <p>Sobrecarga de Ferro (PCDT)</p>
<p>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10 mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comprimido</p> <p>Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I</p>	<p>- Dados antropométricos: peso, altura e IMC e três medidas de pressão arterial em datas diferentes.</p> <p>- Laudo médico detalhado informando a ocorrência ou não de história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e outras comorbidades – (validade 90 dias).</p> <p>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídos, glicemia de jejum (validade 90 dias). <p>Para Lamotrigina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO e TGP (validade 90 dias). 	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC <p>Periodicidade: 3,6 e 12 meses, após anual.</p> <p>Para Lamotrigina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, TGO e TGP <p>Periodicidade: Anual</p> <p>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <p>Para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemograma <p>Periodicidade: mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos e prolactina <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolactina. <p>Periodicidade: Anual</p>	<p>F31.1 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser compartilhados entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental).</p> <p>Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I (PCDT)</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 24/04/2025.

**SUS**

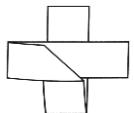
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10mg comp lib imediata.</p> <p>Metilfenidato 20mg, 30mg e 40mg comp lib prolongada.</p> <p>Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de TSH/ T4 Livre (validade 180 dias);- Formulário “Critérios para solicitação de Metilfenidato” - (validade 90 dias). <u>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</u> <p>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia (validade 90 dias).	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de TSH/ T4 Livre. Periodicidade: Anual.- Formulário “Critérios para solicitação de Metilfenidato”. Periodicidade: Semestral. <p><u>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</u></p>	<p>F90.0 F90.1</p> <p><u>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos):</u> Pediatra Psiquiatra Neurologista</p> <p><u>Para adultos (acima de 19 anos)</u> Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Sugere-se acompanhamento por equipe multidisciplinar.</p> <p><u>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação do Metilfenidato</u></p>
<p>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</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 e 2mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p> <p>Transtorno Esquizoafetivo</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagens de Colesterol Total e Frações;- Triglicerídeos;- Glicemia de Jejum. (Validade 90 dias) <p>Só para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo. (Validade 90 dias)	<ul style="list-style-type: none">- Dosagens de Colesterol Total e Frações;- Triglicerídeos;- Glicemia de Jejum. Periodicidade: Anual. <p>Só para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo. Periodicidade: Mensal.	<p>F25.0 F25.1 F25.2</p> <p>Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.</p> <p><u>Transtorno Esquizoafetivo (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

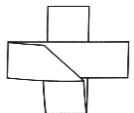
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</p> <p><u>Tromboembolismo Venoso em Gestantes</u></p> <p>* Atualizado em 13/09/22</p>	<ul style="list-style-type: none">• Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);• - Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;• - Hemograma completo;• - Creatinina sérica ou clearance de creatinina.• Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):<ul style="list-style-type: none">• - História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV);• - Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética)• - Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT;• - Para Síndrome Antifosfolipídeo (SAF);• - Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); ou histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; ou histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; ou histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária; e• - Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipinlgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM.• - Para Trombofilia hereditária de alto risco;• - Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação homozigótica para o gene da protrombina; ou	<p>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</p> <p>Periodicidade: trimestral</p> <p>D68.8/ I82.0/ I82.1 I82.2/ I82.3/ I82.8 O22.3/ O22.5</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para atenção especializada.</p> <p><u>Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia (PCDT)</u></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 24/04/2025.

**SUS**

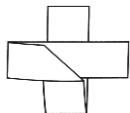
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



	<p>deficiência da antitrombina III; ou Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.</p> <ul style="list-style-type: none">• -Trombofilia hereditária de baixo risco:• Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação heterozigótica para o gene da protrombina; ou Deficiência da proteína C ou da proteína S; ou presença de anticorpo antifosfolipídeo na ausência de eventos clínicos.		
SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL DURANTE A GRAVIDEZ (Critério Estadual) Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável Enoxaparina *Atualizado em 06/11/2023	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);- Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;- Hemograma completo;- Creatinina sérica ou clearance de creatinina.- Relato médico especificando a condição clínica da paciente para a anticoagulação: <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para mulheres com TVP ou TEP durante a gravidez:<ul style="list-style-type: none">o Exame de imagem (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angiografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 6 meses).- Para mulheres com prótese mecânica valvular cardíaca:<ul style="list-style-type: none">o Exame comprobatório da válvula mecânica (Ecocardiograma ou Laudo do procedimento cardíaco) (sem validade)- Para condições mórbidas cardíacas como fibrilação atrial crônica e disfunção ventricular grave: Exame comprobatório da condição mórbida (Eletrocardiograma ou Holter ou ecocardiograma) (sem validade)	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. <p>Periodicidade: trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">- Período de fornecimento: Durante a gravidez e até seis semanas pós-parto	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Enoxaparina (critérios estaduais)</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 24/04/2025.

**SUS**

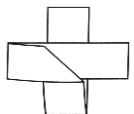
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a condição clínica do paciente (validade 3 meses);- Exame de imagem evidenciando o TVP/TEP (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 06 meses)	<p>- Período de fornecimento: máximo de 10 dias</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p><u>Enoxaparina</u> (Critérios estaduais)</p>
<p>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA À ANTICOAGULAÇÃO ORAL</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando que paciente está anticoagulado e o procedimento cirúrgico e a data o qual será realizado. (Validade 3 meses);	<p>- Período de fornecimento: máximo de 14 dias, podendo ser iniciado em até 7 antes da data da cirurgia</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p><u>Enoxaparina</u> (Critérios estaduais)</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 24/04/2025.

**SUS**

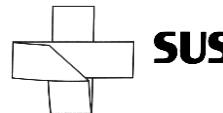
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>PROFILAXIA DE TVP EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE JOELHO, QUADRIL, FEMUR OU ABDOMINAL</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4m e 60mg/0,6mL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Para paciente em programação cirúrgica:</u> relato médico informando qual procedimento cirúrgico e a data que será realizado (validade 03 meses); - <u>Para paciente já submetido à cirurgia:</u> relato médico informando o procedimento cirúrgico e documentação comprobatória da realização da cirurgia, como por exemplo relatório de alta hospitalar (validade 03 meses); 	<ul style="list-style-type: none"> - Período de fornecimento: <ul style="list-style-type: none"> o Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias o Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas. o Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas. 	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Enoxaparina (Critérios Estaduais)</p>
<p>UVEÍTES NÃO INFECIOSAS (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa (Acima de 18 anos)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Uveítes Não Infeciosas</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados (validade 3 meses); e - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses); <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia (validade 90 dias); <p>Para Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia (validade 90 dias); - PPD (validade 2 anos). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). - Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, uréia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>H15.0 / H20.1 / H30.1 H30.2 / H30.8</p> <p>Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados.</p> <p>Uveítes Posteriorres Não Infeciosas (PCDT)</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 24/04/2025.



RELAÇÃO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS (E SEUS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS) QUE AINDA NÃO POSSUEM PROTOCOLO CLÍNICO

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.3 Z94.2
TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola) Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL) Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.8
OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	D81.0 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular D81.1 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B D81.2 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B D81.3 Deficiência de adenosinadeaminase [ADA] D81.4 Síndrome de nezelof D81.5 Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp]

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 24/04/2025.



			<p>D81.6 Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade D81.7 Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade D81.8 Outras deficiências imunitárias combinadas D82.0 Síndrome de Wiskott-Aldrich D82.1 Síndrome de di George</p>
--	--	--	---

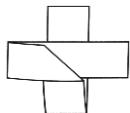


DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS:

SITUAÇÃO CLÍNICA Fórmulas Nutricionais	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Profissional Especialista
<p>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</p> <p>F2 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p> <p>F3 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Para maiores 6 meses - Plano alimentar⁴.- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros .- Para crianças menores de 6 meses – Formulário de informações sobre a amamentação emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA².- Formulário de abertura de processos de fórmulas infantis – ANEXO C.	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. Trimestral- Para maiores 6 meses - Plano alimentar⁴.- Trimestral- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros. - Trimestral	<p>L50.0 T78.3 L58.8 H13.2 J20 T78.0 K23.8 K52.2 L27.2 J45.9 K52.2 R 63.8</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano ou de local referenciado pela SESA.</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</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 24/04/2025.

**SUS**

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



<p>Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral</p> <p>P1 – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten.</p> <p>P7 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p> <p>P8 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³ - Semestral	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³ - Semestral	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatria, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>
<p>Fórmulas para Nutrição Enteral</p> <p>A1 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, sem adição de lactose, isento de glúten, fonte de proteína a base de caseinato.</p> <p>A2 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ .- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral	<ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ . – Semestral- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Médico Nutricionista/Médico Nutrólogo Médico ou Nutricionista</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 24/04/2025.