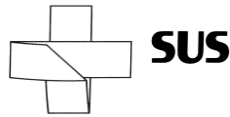


## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>ACNE GRAVE</b> (Protocolo MS) <b>Isotretinoína 10mg e 20mg cáps.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colesterol Total e frações;</li><li>- Triglicerídeos;</li><li>- ALT/TGP e AST/TGO;</li><li>- BHCG para mulheres em idade fértil (validade: 30 dias).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> aos 30 dias e, após, trimestral.</li><li>- BHCG para mulheres em idade fértil. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</li></ul>	<b>L70.0</b> <b>L70.1</b> <b>L70.8</b>  Dermatologista
<b>ACROMEGALIA</b> (Protocolo MS) <b>Cabergolina 0,5mg comp.</b> <b>Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida</b> <b>Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contra-indicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico;</li><li>- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético);</li><li>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada;</li><li>- Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). <b>Periodicidade:</b> Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente.</li></ul>	<b>E22.0</b>  Endocrinologista
<b>ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA</b> (Protocolo MS) <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e 100mg/ml solução oral</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo;</li><li>- Reticulócitos;</li><li>- Biópsia de medula óssea.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma com plaquetas, provas de função renal (uréia e creatinina), eletrólitos (potássio e magnésio) e enzimas hepáticas (ALT/TGP e AST/TGO). <b>Periodicidade:</b> Mensal.</li></ul>	<b>D61.1</b> <b>D61.2</b> <b>D61.3</b> <b>D61.8</b>  Hematologista

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

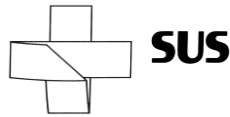
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS (Protocolo MS)</b></p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p>	<p>- Hemograma Completo com plaquetas;</p> <p>- Biópsia de medula óssea (para uso crônico).</p>	<p>- Hemograma completo com plaquetas;</p> <p>- TGO e TGP;</p> <p>- Creatinina;</p> <p>- Ácido úrico.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Biópsia de medula (para uso crônico).</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>D46.0</b> <b>D46.1</b> <b>D46.7</b> <b>D70</b> <b>D61.0</b> <b>D61.1</b> <b>D61.2</b> <b>D61.3</b> <b>D61.8</b> <b>Z94.8</b></p> <p>Hematologista Infectologista</p>
<p><b>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)</b></p> <p>Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 2.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI</p>	<p>- Hemograma Completo;</p> <p>- Índice de Saturação de Transferrina;</p> <p>- Ferritina Sérica;</p> <p>- Creatinina sérica;</p> <p>- Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p>	<p>- Hemoglobina e Hematócrito.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>- Creatinina sérica.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>N18.0</b> <b>N18.8</b></p> <p>Nefrologista</p>
<p><b>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)</b></p> <p>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.</p>	<p>- Hemograma Completo;</p> <p>- Índice de Saturação de Transferrina;</p> <p>- Ferritina sérica;</p> <p>- Creatinina Sérica;</p> <p>- 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.</p>	<p>- Hemoglobina e hematócrito.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>N18.0</b> <b>N18.8</b></p> <p>Nefrologista</p>

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

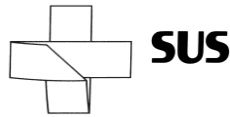
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b></p> <p><b>Ciclosporina: cáps. de 25mg, 50mg e 100mg e solução oral com 100mg/mL em frasco de 50 ml.</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</b></p>	<p>- Hemograma completo;</p> <p>- Teste de Coombs direto;</p> <p>- Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <u>ou</u> Bilirrubina (total e frações).</p> <p>- <b>Identificação do subtipo:</b> * Para anemia por anticorpos quentes: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, <b>OU</b> * Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, <b>OU</b> * Para hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina e aferição da pressão arterial.</p>	<p>- 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). <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Ciclofosfamida:</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal ou em caso de mudança de dose.</p> <p>- ALT, AST, GGT e bilirrubinas. <b>Periodicidade:</b> Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Imunoglobulina:</b> - Nível sérico de Creatinina e hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D59.0</b> <b>D59.1</b></p> <p>Hematologista</p>
<p><b>ANGIOEDEMA</b></p> <p><b>Danazol 100mg cáps. (MS)</b></p> <p><b>Ácido tranexâmico 250mg comp. (Estado)</b></p> <p><b>Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida (Estado)</b></p>	<p><b>Todos:</b> - Dosagem de complemento C4;</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH quantitativo;</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH funcional.</p> <p><b>Para Danazol:</b> - 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.</p>	<p><b>Apenas Danazol:</b> - Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicerídeos; - Exame qualitativo de urina. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>- Ultrassonografia abdominal. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>D84.1</b></p> <p>Alergista e Imunologista</p>

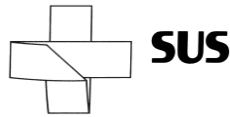
**NOTA:** Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA (Protocolo MS)</b></p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Imunoglobulina 2,5g, 5g e 6g F/A</p>	<p>- LME ou laudo médico contendo informações sobre a clínica do paciente;</p> <p>- Hemograma completo com contagem de plaquetas;</p> <p>- Reticulócitos;</p> <p>- Biópsia e aspirado de medula óssea.</p> <p><b>Exames não obrigatórios:</b></p> <p>- Tomografia computadorizada de tórax.</p> <p>- Anti HIV e Anti HCV.</p> <p>- Anticorpo antinuclear.</p>	<p>Para <b>Ciclofosfamida:</b></p> <p>- Hemograma e plaquetas.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal ou se houver mudança de dose.</p> <p>- ALT, AST, GGT e bilirrubinas.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b></p> <p>-Creatinina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>Para <b>Imunoglobulina:</b></p> <p>- Creatinina, hemograma.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D60.0</b></p> <p>Hematologista</p>
<p><b>ARTRITE PSORÍACA (Protocolo MS)</b></p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Naproxeno 250mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p> <p>Golimumabe 50mg injetável</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>- VHS;</p> <p>- PCR;</p> <p>- Hemograma com plaquetas;</p> <p>- Creatinina;</p> <p>- TGO e TGP;</p> <p>- RX ou RM da área afetada.</p> <p><b>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe e Golimumabe:</b></p> <p><b>Incluir também:</b></p> <p>- PPD, Laudo do Raio X do Toráx;</p> <p>- HBsAg; AntiHCV; Anti HIV.</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>- Hemograma com plaquetas;</p> <p>- Creatinina;</p> <p>- TGO, TGP.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>M07.0</b> <b>M07.3</b></p> <p>Reumatologista</p>
<p><b>ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS)</b></p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p>	<p>- Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares.</p>	<p>- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação.</p> <p><b>Periodicidade:</b> no primeiro mês e após, a cada 6 meses.</p>	<p><b>M02.3</b></p> <p>Reumatologista</p>

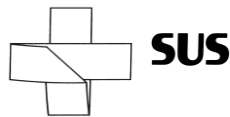
**NOTA:** Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.



<p><b>ARTRITE REUMATÓIDE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Naproxeno 250mg comp.</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Hidroxicloroquina 400mg comp.</b></p> <p><b>Sulfassalazina 500mg comp.</b></p> <p><b>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cápsulas e sol. oral 100mg/ml</b></p> <p><b>Leflunomida 20mg comp.</b></p> <p><b>Infliximabe 100mg F/A</b></p> <p><b>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</b></p> <p><b>Adalimumabe 40mg seringa</b></p> <p><b>Abatacepte 250mg injetável F/A e 125mg injetável seringa preenchida</b></p> <p><b>Certolizumabe pegol 200mg/ml (18 anos)</b></p> <p><b>Golimumabe 50mg (18 anos)</b></p> <p><b>Rituximabe 500mg F/A (18 anos)</b></p> <p><b>Tocilizumabe 20mg/ml (18 anos)</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> -Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 <b>OU</b> SDAI <b>OU</b> CDAI; - Proteína C Reativa; - VHS; - Hemograma; - Laudo de Raio X da articulação afetada; - Fator reumatoide sérico <b>OU</b> anti-CCP.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b> - Avaliação oftalmológica.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina.</p> <p><b>Para Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</b> - TGO, TGP, uréia e creatinina.</p> <p><b>Para Sulfassalazina:</b> - TGO, TGP.</p> <p><b>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe, Abatacepte, Certolizumabe pegol, Golimumabe, Rituximabe e Tocilizumabe:</b> - HBsAg, anti-HCV e Anti HIV; - TGO, TGP e creatinina, PPD e Laudo de Raio X de tórax.</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): <b>DAS 28 OU SDAI OU CDAI</b>. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b> - Creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</b> - TGO, TGP, Hemograma e Creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Azatioprina:</b> Hemograma, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Sulfassalazina:</b> - Hemograma, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Hidroxicloroquina:</b> - Avaliação oftalmológica. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Hemograma, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe, Abatacepte, Rituximabe, Golimumabe e Certolizumabe pegol:</b> - Hemograma, TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Tocilizumabe:</b> - Hemograma, TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>- Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M06.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M08.0 (exceto Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe e Abatacepte 125mg)</b></p> <p>Reumatologista</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ASMA GRAVE</b> (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol 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><b>Para todos:</b> → Formulário de inclusão para Asma e DPOC.</p> <p><b>Para maiores de 5 anos:</b> - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador).</p>	<p>- Espirometria. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>J45.0</b> <b>J45.1</b> <b>J45.8</b></p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p><b>ASMA NÃO CONTROLADA</b> (Protocolo Estadual)</p> <p>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</p> <p>Montelucaste 4mg sachê</p> <p>Montelucaste 4mg, 5mg e 10mg comp.</p> <p>Omalizumabe 150mg F/A injetável</p>	<p><b>Para todos:</b> → Formulário de inclusão para Asma e DPOC.</p> <p><b>Para maiores de 8 anos:</b> → Espirometria (prova de função pulmonar completa com broncodilatador).</p> <p><b>Para Omalizumabe:</b> - IgE Total; - Teste alérgico de Hipersensibilidade Imediata ou Pesquisa de IgE alérgeno específica.</p>	<p>- Espirometria. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>J45.0</b> <b>J45.8</b> <b>J45.9</b></p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p><b>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO</b> (Protocolo MS)</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</p>	<p>- Ter idade maior ou igual a 5 anos;</p> <p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC;</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações;</p> <p>- Triglicerídios;</p> <p>- Glicemia de jejum.</p>	<p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. <b>Periodicidade:</b> em 3, 6 e 12 meses.</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações; - Triglicerídios; - Glicemia de jejum; - Hemograma completo; - Prolactina. <b>Periodicidade:</b> em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p>	<p><b>F84.0</b> <b>F84.1</b> <b>F84.3</b> <b>F84.5</b> <b>F84.8</b></p> <p>Psiquiatra Neurologista</p>

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

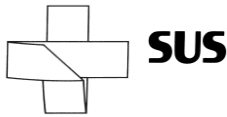
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25, 50 e 100mg comp. e solução oral 100 mg/mL</b></p> <p><b>Hidroxicloroquina 400mg comp.</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - CPK <u>OU</u> aldolase <u>OU</u> LDH (desidrogenase láctica) <u>OU</u> TGO/AST e TGP/ALT; - Eletroneuromiografia.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b> - Hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina, hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b> - Exame oftalmológico.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> -ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia, creatinina, beta-HCG para mulheres em idade fértil.</p> <p><b>Para Imunoglobulina:</b> -Pacientes refratários a glicocorticóides e imunossuppressores; - Dosagem de IgA.</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - CPK <u>OU</u> aldolase <u>OU</u> LDH <u>OU</u> TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b> - Hemograma Completo, fosfatase alcalina, ALT/TGP, AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeos, sódio e potássio. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b> - Exame oftalmológico. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> - ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia e creatinina. <b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 6 meses e, após, trimestralmente.</p>	<p><b>M33.0</b> <b>M33.1</b> <b>M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</b></p> <p>Reumatologista</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

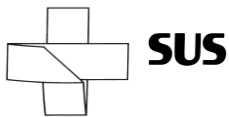
**NOTA:** Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

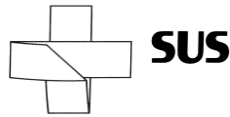


<p><b>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Somatropina 4UI e 12UI</b> F/A</p>	<p><b><u>Para crianças e adolescentes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Idade cronológica maior que 02 anos;</li><li>- Idade, peso e altura atuais;</li><li>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;</li><li>- Estadiamento puberal de Tanner;</li><li>- Altura dos pais biológicos;</li><li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver;</li><li>- Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea;</li><li>- IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas;</li><li>- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia;</li><li>- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses.</li><li>- 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.</li></ul> <p><b><u>Para adultos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver;</li><li>- IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas;</li><li>- Colesterol total, HDL e triglicérides;</li><li>- Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia);</li><li>- Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon);</li><li>- Densitometria óssea.</li></ul>	<p><b><u>Para crianças e adolescentes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Peso e estatura.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Simile)</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p><b><u>Para adultos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de IGF-1.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>E23.0</b></p> <p>Endocrinologista</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------





<p><b>DIABETES INSÍPIDO</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Desmopressina 0,1mg/ml</b> <b>aplicação nasal - frasco</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de volume urinário em 24 hs;</li><li>- Dosagem de sódio e osmolalidade plasmática;</li><li>- Dosagem de densidade e osmolalidade urinária;</li><li>- Dosagem de cálcio e glicose;</li><li>- Informações da clínica e o peso atual do (a) paciente, descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte.</li></ul>	<p>- Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>E23.2</b></p> <p>Endocrinologista</p>
<p><b>DIABETES - ANÁLOGO DA</b> <b>INSULINA DE LONGA</b> <b>DURAÇÃO</b> <b>(Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Insulina Glargina 100UI/mL F/A</b></p> <p><b>Insulina Detemir 100UI/mL F/A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Três determinações nos últimos 12 meses dos exames de:<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemoglobina glicada;</li><li>• Glicemia de jejum;</li><li>• Glicemia pós-prandial.</li></ul></li><li>- Comprovação de pelo menos 2 episódios de hipoglicemia, num período de 6 meses, mediante apresentação de exames laboratoriais e/ou laudo de atendimento médico no momento da crise e/ou histórico de glicemia capilar;</li><li>- Informação se houve uso prévio das insulinas convencionais e esquema posológico utilizado, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte.</li></ul> <p><b>* Medicamentos dispensado apenas para maiores de 6 anos.</b></p>	<p>- Hemoglobina glicada;</p> <p>- Glicemia de jejum;</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>E10</b> <b>E10.2 / E10.3</b> <b>E10.4 / E10.5</b> <b>E10.6 / E10.7</b> <b>E10.8 / E10.9</b> <b>E11</b> <b>E11.2 / E11.3</b> <b>E11.4 / E11.5</b> <b>E11.6 / E11.7</b> <b>E11.8 / E11.9</b></p> <p>Endocrinologista</p>
<p><b>DIABETES – MELLITUS TIPO I</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO</b> <b>RÁPIDA 100 UI/ML (TUBETES</b> <b>DE 3ML)</b></p> <p><b>(Insulina Ultrarrápida</b> <b>Asparte 100UI/mL, sistema de</b> <b>aplicação plástica (caneta</b> <b>descartável) de 3 MI)</b></p> <p><small>* Atualizado em 11/10/18</small></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico detalhando o tipo de diabetes, o tempo de diagnóstico, o período de uso e quais insulinas utilizadas previamente e se houve ocorrência de hipoglicemias não relacionadas a fatores causais nos últimos três meses; <b>E</b></li><li>- Duas determinações sanguíneas em dias diferentes: Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum (validade 3 meses); <b>E</b></li><li>- Cópia do registro de automonitorização glicêmica (relatório padrão diário) dos últimos 30 dias, preferencialmente, impresso através de software do glicosímetro.</li></ul>	<p>- Dosagem de hemoglobina glicada;</p> <p>- Cópia do registro de automonitorização glicêmica (relatório padrão diário) dos últimos 30 dias, preferencialmente, impresso através de software do glicosímetro.</p> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p>	<p><b>E10.0 / E10.5</b> <b>E10.1 / E10.6</b> <b>E10.2 / E10.7</b> <b>E10.3 / E10.8</b> <b>E10.4 / E10.9</b></p> <p>Endocrinologista</p>



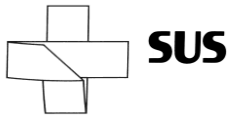
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p><b>DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Acido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol.</b></p> <p><b>Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg comp.</b></p> <p><b>Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.</b></p> <p><b>Ciprofibrato 100mg comp.</b></p> <p><b>Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada.</b></p>	<p>- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, TGO e TGP (validade 3 meses); e - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização; e</p> <p><b>Para Atorvastatina:</b> Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina.</p> <p><b>Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato:</b> Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos.ou</p> <p><b>Para Ácido nicotínico:</b> 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.</p>	<p>- CPK, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> após seis meses ou sempre que houver ajuste de dose.</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo. <b>Periodicidade:</b> anualmente.</p>	<p><b>E78.0 / E78.1 E78.2 / E78.3 E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8</b></p> <p>Endocrinologista Cardiologista *</p> <p>* Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV</p>
<p><b>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</b></p>	<p>- Beta-HCG para mulheres em idade fértil.</p>	<p>-</p>	<p><b>G24.0 / G24.1 G24.2 / G24.3 G24.4 / G24.5 G24.8 G51.3 / G51.8</b></p> <p>Neurologista Ortopedista Oftalmologista</p>

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

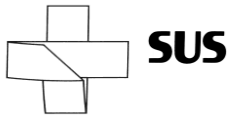
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cápsula e 1mcg injetável</b></p> <p><b>Cinacalcete 30mg e 60mg comp.</b></p> <p><b>Desferroxamina 500mg F/A</b></p> <p><b>Paricalcitol 5,0mcg/ml injetável</b></p> <p><b>Sevelamer 800mg comp.</b></p>	<p><b>Para Sevelamer:</b> <u>Adultos:</u> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC (fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva); se está em dieta com restrição de fósforo em acompanhamento com nutricionista; se está em uso de quelante de fósforo a base de cálcio (caso esteja, informar dose); se apresenta contra-indicação ao uso de quelantes a base de cálcio (no caso de calcificação extra-óssea encaminhar cópia de exame comprobatório); Nos casos de hipercalcemia, informar se houve redução nos níveis de cálcio no dialisato; - fósforo sérico (3 determinações a intervalos mensais para pacientes com DRC em terapia renal substitutiva; se for paciente com DRC estágio 3 - 5 que não estejam em terapia renal substitutiva, os intervalos podem ser trimestrais); - Cálcio iônico atual ou cálcio total + albumina sérica atuais; - PTH sérico atual.</p> <p><u>Crianças e Adolescentes</u> - Laudo médico informando estágio da DRC, se está em acompanhamento com nutricionista e se está em uso de quelantes a base de cálcio; - Fósforo (02 determinações); - Cálcio iônico atual ou cálcio total + albumina sérica atuais.</p> <p><b>Para Paricalcitol:</b> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC, se está em terapia renal substitutiva; se está em dieta com restrição de fósforo; em diálise adequada; em uso apropriado de quelante de fósforo; se fez uso do medicamento calcitriol (por quanto tempo, se apresentou hipercalcemia e/ou hiperfosfatemia, ou se não houve resposta ao tratamento). - Fósforo sérico (pelo menos 2 determinações). - Cálcio sérico total ou iônico (pelo menos 2 determinações). - PTH sérico (pelo menos duas determinações).</p> <p><b>Para Cinacalcete:</b> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC, se está em programa regular de diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal); o tempo de terapia renal substitutiva; se está em dieta com restrição de fósforo; em diálise adequada; em uso apropriado de quelante de fósforo. Nos casos de hipercalcemia, informar se houve redução dos níveis de cálcio no dialisato. Caso tenha feito uso do medicamento calcitriol informar se não houve resposta ao tratamento. - Fósforo sérico (3 determinações consecutivas a intervalos mensais); - Cálcio sérico total ou iônico (pelo menos 2 determinações consecutivas a intervalos mensais); - Albumina sérica (caso exame apresentado seja cálcio sérico total); - PTH sérico (pelo menos duas determinações).</p>	<p><b>Para Sevelamer e Calcitriol:</b> - Fósforo sérico; - Cálcio sérico total ou iônico. <b>Periodicidade:</b> mensal para pacientes com DRC em terapia renal substitutiva; Trimestrais para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <p>- PTH. <b>Periodicidade:</b> Trimestral para pacientes com DRC em terapia renal substitutiva; Semestral para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <p><b>Para Paricalcitol e Cinacalcete:</b> - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- PTH. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Desferroxamina:</b> - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>N18.0</b> <b>E83.3</b> <b>N25.0</b></p> <p>Nefrologista</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.



**Para Calcitriol:**

- Laudo médico contendo informações sobre o estágio da DRC; se está em terapia renal substitutiva ou em tratamento conservador; se está em dieta com restrição de fósforo; em diálise adequada; em uso apropriado de quelantes de fósforo; se paciente foi submetido à paratireoidectomia e há quanto tempo.

Adultos

- Fósforo sérico (pelo menos 2 determinações a intervalos mensais);
- Cálcio sérico total ou iônico (pelo menos 2 determinações a intervalos mensais);
- 25 hidroxivitamina D (para os pacientes portadores de DRC estágio 3-5 que não estejam em TRS);
- PTH sérico:
  - ✓ para os pacientes com doença renal crônica (DRC) estágio 3-5 que não estejam em terapia renal substitutiva (TRS) - 1 determinação;
  - ✓ para os pacientes com DRC em TRS com níveis de PTH acima de 300 pg/ml - 3 determinações consecutivas;
  - ✓ para os pacientes com DRC em TRS com níveis de PTH acima de 600 pg/ml - pelo menos 2 determinações consecutivas.

Crianças e adolescentes

- Fósforo sérico (pelo menos 2 determinações a intervalos mensais);
- Cálcio sérico total ou iônico (pelo menos 2 determinações a intervalos mensais);
- 25 hidroxivitamina D (para os pacientes portadores de DRC estágio 2-4 que não estejam em TRS);
- PTH sérico:
  - ✓ para os pacientes com doença renal crônica (DRC) estágio 2-4 que não estejam em terapia renal substitutiva (TRS) - 1 determinação;
  - ✓ para os pacientes com DRC estágio 5 não dialítico ou em TRS com níveis de PTH acima de 300 pg/ml - pelo menos 2 determinações consecutivas.

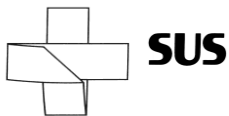
**Para Desferroxamina:**

Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:

- Alumínio e Creatinina sérica; **OU**
- Laudo médico informando sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou quando informado a necessidade de paratireoidectomia.

Para realização do tratamento da intoxicação aluminica:

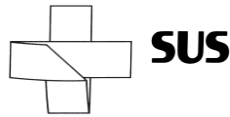
- Alumínio sérico;
- Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea;
- Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica.



<p><b>DOENÇA DE ALZHEIMER</b> (Protocolo MS)</p> <p>Donepezil 5mg e 10mg comp.</p> <p>Galantamina 8mg,16mg e 24mg cáps de liberação prolongada.</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula e 2mg/mL frasco. Rivastigmina 9mg (5cm<sup>2</sup>) e 18mg (10 cm<sup>2</sup>) adesivo transdérmico.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);</li><li>- Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR);</li><li>-Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo;</li><li>- Hemograma;</li><li>- Avaliação bioquímica (sódio, potássio, cálcio, glicose, TGO, TGP, creatinina);</li><li>- Avaliação da função tiroídiana (dosagem de TSH);</li><li>- Sorologia para sífilis (VDRL);</li><li>- Sorologia para HIV (<u>em pacientes com menos de 60 anos</u>);</li><li>- Nível sérico de vitamina B12 e ácido fólico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);</li><li>- Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p>Para <b>Galantamina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>F00.0</b> <b>F00.1</b> <b>F00.2</b> <b>G30.0</b> <b>G30.1</b> <b>G30.8</b></p> <p>Neurologista Geriatra Psiquiatria</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

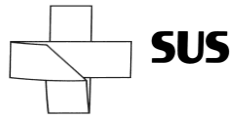
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável. (Acima de 6 anos)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável. (Acima de 18 anos)</b></p> <p><b>Infliximabe 100mg injetável.</b></p> <p><b>Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</b></p> <p><b>Metilprednisolona 500mg injetável.</b></p> <p><b>Metotrexato 25mg/mL injetável.</b></p> <p><b>Sulfasalazina 500mg comp.</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB); <u>E</u> - Laudo endoscópico (colonoscopia); <u>OU</u> - Laudo radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); <u>OU</u> - Laudo cirúrgico; <u>OU</u> - Laudo anatomopatológico.</p> <p><b>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</b> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b> - Hemograma Completo, TGO, TGP.</p> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</b> - TGO, TGP, Hemograma, PPD e RX tórax.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> - Hemograma, TGO, TGP, fosfatase alcalina e creatinina.</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). <b>Periodicidade:</b> Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses, e após, trimestral. - TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. - Laudo Médico informando se há presença de lesões cutâneas relacionadas ao uso do medicamento. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> - Hemograma completo <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses, e após, trimestral. - TGO, TGP, fosfatase alcalina e creatinina sérica. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</b> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</b> - TGO, TGP e Hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>K50.0</b> <b>K50.1</b> <b>K50.8</b></p> <p>Gastroenterologista Proctologista</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

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

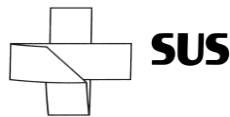
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>DOENÇA DE GAUCHER (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Imiglucerase 200 U e 400 U injetável F/A</b></p> <p><b>Alfavelaglicerase 200 U e 400 U injetável F/A</b></p> <p><b>Alfataliglicerase 200 U injetável F/A</b></p> <p><b>Miglustate 100mg cáps.</b></p>	<p>- LME com diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3;</p> <p>- 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;</p> <p>- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores de acordo com o protocolo clínico;</p> <p>- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica);</p> <p>- Hemograma completo, TGO, TGP, gama GT, tempo de protrombina, ferritina;</p> <p>- Ultrasonografia ou ressonância magnética do Abdômem;</p> <p>- Densitometria óssea (para &gt; 19 anos);</p> <p>- Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos;</p> <p>- Eletroforese de proteína.</p> <p><b>Para Miglustate atentar também para:</b></p> <p>- Idade igual ou superior a 18 anos;</p> <p>- Teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva;</p> <p>- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico.</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p>- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica). <b>Periodicidade:</b> Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral.</p> <p>- TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Eletroforese de proteínas. <b>Periodicidade:</b> a cada 3 anos.</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p><b>E75.2</b></p> <p>Hematologista</p>
<p><b>DOENÇA DE PAGET - OSTÉITE DEFORMANTE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Pamidronato 30mg injetável F/A</b></p> <p><b>Risendronato 5mg comp.</b></p>	<p>- Fosfatase Alcalina;</p> <p>- Clearance de creatinina;</p> <p>- Cálcio sérico;</p> <p>- TGO/TGP;</p> <p>- Bilirrubina total e frações;</p> <p>- PTH;</p> <p>- Acometimento de ossos longos em membros inferiores comprovado por exame de imagem (cintilografia óssea e radiografia de ossos longos).</p>	<p>- Fosfatase Alcalina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>- Exame de imagem envolvendo crânio e ossos longos. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>M88.0</b> <b>M88.8</b></p> <p>Reumatologista Ortopedista</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 28/11/2018.

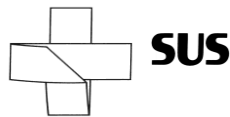


<p><b>DOENÇA DE PARKINSON (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Amantadina 100mg comp.</b></p> <p><b>Bromocriptina 2,5mg comp.</b></p> <p><b>Clozapina 25mg comp.</b></p> <p><b>Entacapona 200mg comp.</b></p> <p><b>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp.</b></p> <p><b>Selegilina 5mg comp.</b></p> <p><b>Tolcapona 100mg comp.</b></p>	<p>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME);</p> <p>- Informações sobre a clínica do paciente, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte.</p> <p><b>Para Amantadina:</b> - Uréia e creatinina.</p>	<p>Para <b>Bromocriptina:</b> - Ecocardiograma. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Para <b>Tolcapona:</b> - ALT/TGP, AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 18 meses. Após, trimestral.</p> <p>Para <b>Amantadina:</b> - Ureia, creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano. Após, Semestral.</p> <p>Para <b>Clozapina:</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>G20</b></p> <p>Neurologista Geriatra</p>
<p><b>DOENÇA DE WILSON (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Penicilamina 250mg cáps.</b></p>	<p>- Exame Oftalmológico (lâmpada de fenda);</p> <p>- Concentração sérica de ceruloplasmina reduzida;</p> <p>- Cobre sérico livre;</p> <p>- Cobre urinário basal de 24h;</p> <p>- Concentração hepática de cobre (Biopsia Hepática);</p> <p>- Hemograma completo;</p> <p>- Teste de Coombs.</p>	<p>- Dosagem de cobre urinário de 24h. <b>Periodicidade:</b> Após o primeiro e terceiro mês de tratamento.</p> <p>- Dosagem de cobre sérico livre. <b>Periodicidade:</b> Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral.</p> <p>- Hemograma completo, EAS, dosagem de creatinina, exame físico (incluindo exame da pele, linfonodos e temperatura corporal). <b>Periodicidade:</b> cada 2 semanas nos 5 primeiros meses de tratamento e, após, mensal.</p> <p>- TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>E83.0</b></p> <p>Neurologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

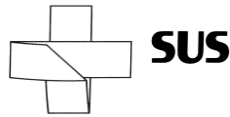




<p><b>DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Hidroxiuréia 500 mg cáps.</b></p>	<p>- Idade &gt; 3 anos * Se &lt; 3 anos de idade, pelo menos um dos seguintes fatores deve estar presente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dactilite (antes do primeiro ano de vida);</li><li>• Concentração de Hb &lt; 7g/dl (média de 3 valores fora de evento agudo);</li><li>• Contagem de leucócitos &gt; 20.000/mm<sup>3</sup> (média de 3 valores fora de evento agudo).</li></ul> <p>- Hemograma completo e reticulócitos;</p> <p>- B-HCG para mulheres em idade fértil;</p> <p>- Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF;</p> <p>- Sorologias para hepatite B e C e HIV;</p> <p>- Dosagem sérica de ALT, AST e creatinina;</p> <p>- Dosagem de ácido úrico.</p>	<p>- Hemograma, Plaquetas, Reticulócitos. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>-Creatinina, ALT e AST. <b>Periodicidade:</b> Mensal até dose de manutenção, depois trimestral.</p> <p>- Hemoglobina F. <b>Periodicidade:</b> Bimestral até dose de manutenção, depois semestral.</p> <p>- Dosagem de ácido úrico (<i>Solicitar somente quando níveis basais estiverem acima do limite normal</i>). <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Testes de desenvolvimento neuropsicomotor (somente para crianças com idade entre 9 e 17 meses). <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>D56.1</b> <b>D56.8</b> <b>D57.0</b> <b>D57.1</b> <b>D57.2</b></p> <p>Hematologista Nefrologista (se insuficiência renal)</p>
<p><b>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</b></p> <p><b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</b></p>	<p><b>1. Idade inferior ou igual a 12 anos;</b></p> <p>2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:</p> <p>2.1. <u>Crianças com idade &lt; 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 &gt; 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. <b>Para HIV:</b> laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;</p> <p>4. <b>Para púrpura trombocitopênica:</b> laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.</p>	<p>- Creatinina, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>B20.0 – B20.1</b> <b>B20.2 – B20.3</b> <b>B20.4 – B20.5</b> <b>B20.6 – B20.7</b> <b>B20.8 – B20.9</b> <b>B22.0 – B22.1</b> <b>B22.2 - B22.7</b> <b>B23.0 – B23.1</b> <b>B23.2 – B23.8</b> <b>B24</b></p> <p>Pediatra ou Infectologista</p>
<p><b>DPOC (Critérios de uso - Estadual)</b></p> <p><b>Tiotrópio 2,5mcg</b></p>	<p>→ Formulário de inclusão para Asma e DPOC;</p> <p>- Informações sobre a clínica do paciente (tempo da doença e medicações utilizadas), que podem estar descritas no LME ou em laudo médico à parte;</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR).</p>	<p>- Espirometria. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>J44.0</b> <b>J44.1</b> <b>J44.8</b></p> <p>Pneumologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.



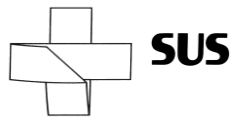
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p><b>DPOC (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Budesonida 200 mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</b></p> <p><b>Budesonida 400 mcg cápsula inalante</b></p> <p><b>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p> <p><b>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p>	<p>→ Formulário de inclusão para Asma e DPOC;</p> <p>- Informações sobre a clínica do paciente (tempo da doença e medicações utilizadas), que podem estar descritas no LME ou em laudo médico à parte;</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR).</p>	<p>- Espirometria. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>J44.0 J44.1 J44.8</b></p> <p>Pneumologista</p>
<p><b>DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Gabapentina 300mg e 400mg</b></p> <p><b>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</b></p> <p><b>Metadona 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Morfina 10mg e 30mg comp.</b></p> <p><b>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. oral</b></p>	<p>- Escala de Dor LANSS devidamente preenchida;</p> <p>- Informações sobre a clínica do paciente e terapia medicamentosa previamente utilizada para alívio da dor, descritas no próprio LME OU em laudo médico à parte.</p>	<p>-</p>	<p><b>R52.1 R52.2</b></p>
<p><b>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</b></p> <p><b>Tramadol 50mg</b></p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente e terapia medicamentosa previamente utilizada para alívio da dor, descritas no próprio LME OU em laudo médico à parte. (Idade mínima: a partir de 16 anos de idade).</p>	<p>-</p>	<p><b>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</b></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 28/11/2018.



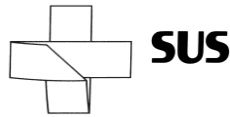
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p><b>ENDOMETRIOSE</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p>Danazol 100mg cáps. Gosserelelina 3,6mg e 10,8mg injetável Leuprorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável Triptorelelina 3,75mg injetável</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</p> <p>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</p>	<p><b>Para Danazol:</b></p> <p>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina;</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>N80.0</b> <b>N80.1</b> <b>N80.2</b> <b>N80.3</b> <b>N80.4</b> <b>N80.5</b> <b>N80.8</b></p> <p>Ginecologista e Obstetra</p>
<p><b>ENXAQUECA</b> <b>(Critério de uso – Estadual)</b></p> <p><b>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</b></p>	<p>- Paciente maior de 18 anos;</p> <p>- Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</p> <p>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes).</p>	<p>- Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>G43</b> <b>G43.0</b> <b>G43.1</b> <b>G43.3</b> <b>G43.9</b></p> <p>Neurologista</p>
<p><b>EPILEPSIA</b> <b>(Protocolo MS)</b> <b>EPILEPSIA</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cáps. Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL Clobazam 10mg e 20mg comp. Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp. Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp. Primidona 100mg comp. Vigabatrina 500mg comp.</p>	<p>- Diário de registro de crises;</p> <p>- Laudo médico com descrição dos medicamentos, doses máximas e tempo de uso previamente empregadas no tratamento.</p>	<p>- Diário de registros de crises. - Laudo médico com descrição das crises e efeitos colaterais.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>G40.0</b> <b>G40.1</b> <b>G40.2</b> <b>G40.3</b> <b>G40.4</b> <b>G40.5</b> <b>G40.6</b> <b>G40.7</b> <b>G40.8</b></p> <p>Neurologista Psiquiatra Geriatra</p>

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

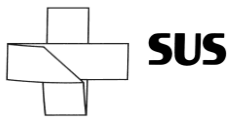
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ESCLEROSE SISTÊMICA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml sol.inj. em ampola de 2ml</b></p> <p><b>Sildenafil 25mg e 50mg comp.</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Penicilamina 250mg comp.</b></p>	<p>- Descrição detalhada em laudo médico ou no próprio LME da situação clínica do paciente;</p> <p>- Autoanticorpos específicos para ES;</p> <p>- Hemograma completo.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> - TGO, TGP, uréia, creatinina.</p> <p><b>Para Penicilamina:</b> - EAS.</p>	<p>Para <b>Ciclofosfamida:</b> - Hemograma completo, Beta-Hcg e EAS. <b>Periodicidade:</b> Trimestral até estabelecer a dose.</p> <p>Para <b>Metotrexato:</b> - TGO, TGP, uréia, creatinina, hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Penicilamina:</b> - EAS e hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>Para <b>Azatioprina:</b> - Hemograma completo, fosfatase alcalina, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>M34.0</b> <b>M34.1</b> <b>M34.8</b></p> <p>Reumatologista Pneumologista</p>
<p><b>ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – ELA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Riluzol 50mg comp.</b></p>	<p>- Ressonância magnética do encéfalo e junção craniocervical;</p> <p>- Eletroneuromiografia dos 4 membros;</p> <p>- Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina;</p> <p>- B-HCG para mulheres em idade fértil.</p>	<p>- Hemograma completo; - TGO/TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.</p>	<p><b>G12.2</b></p> <p>Neurologista</p>

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

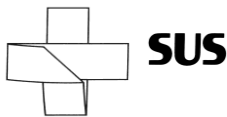
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ESCLEROSE MÚLTIPLA</b> (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Glatirâmer 20mg (seringa preenchida)</p> <p>Betainterferona 1a 6.000.000UI 22mcg e 30mcg; 1a 12.000.000UI 44mcg e 1b 9.600.000UI 300mcg ser. ou F/A</p> <p>Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)</p> <p>Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos)</p>	<p><b>Para Todos (exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ressonância magnética do crânio;</li><li>- Hemograma completo (validade 3 meses);</li><li>- Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção);</li><li>- Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12.</li></ul> <p><b>Para Betainterferonas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- TSH.</li></ul> <p><b>Para Fingolimode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Azatioprina, Betainterferonas ou Glatirâmer) informando posologia utilizada e tempo de uso;</li><li>- Laudo médico informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode;</li><li>- Laudo médico informando que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica;</li><li>- Leucograma, TGO/AST, TGP/ALT e bilirrubinas (validade: seis meses);</li><li>- Termo de esclarecimento e responsabilidade para uso da primeira dose de fingolimode assinado pelo usuário e médico assistente.</li></ul> <p><b>Para Natalizumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Azatioprina, Betainterferonas ou Glatirâmer) informando posologia utilizada e tempo de uso;</li><li>- Falha terapêutica ou contra-indicação ao Fingolimode;</li><li>- Laudo de Radiografia de tórax;</li><li>- Hemograma completo.</li></ul>	<p><b>Para Todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taxa de surtos;</li><li>- Valor da Escala EDSS.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Betainterferona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- TSH.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, TSH.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Aos 30 e 60 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p><b>Para Natalizumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo (validade 30 dias).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Fingolimode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação oftalmológica.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> após os primeiros 03 meses; (Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia, essa avaliação deve ser mantida anualmente).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, TGO, TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> a cada 03 meses, durante o primeiro ano.</p>	<p><b>G35</b> Neurologista</p>
<p><b>ESPASTICIDADE</b> (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Beta-HCG para mulheres em idade fértil;</li><li>- Laudo médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares;</li><li>- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).</li></ul>	<p>-</p>	<p><b>G04.1</b> <b>G80.0 / G80.1 / G80.2</b> <b>G81.1</b> <b>G82.1 / G82.4</b> <b>169.0 / 169.1 / 169.2</b> <b>169.3 / 169.4 / 169.8</b> <b>T90.5 / T90.8</b></p>

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

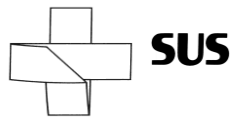
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>ESPONDILITE ANCILOSANTE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável</b></p> <p><b>Etanercepte 25mg e 50mg injetável</b></p> <p><b>Golimumabe 50mg injetável</b></p> <p><b>Infliximabe 10mg/ml injetável</b></p> <p><b>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido</b></p> <p><b>Naproxeno 250mg comprimido</b></p> <p><b>Sulfassalazina 500mg comprimido</b></p> <p>*Atualizado em 28/11/18.</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS);</li><li>- Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas (somente para diagnóstico inicial da doença);</li><li>- Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, Creatinina, TGO e TGP.</li></ul> <p><b>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe e Golimumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Raio X de tórax; - PPD; HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV.</li></ul>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Valor de BASDAI ou ASDAS;</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Sulfassalazina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, TGO e TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato e Naproxeno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, Creatinina, TGO e TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe e Golimumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, TGO, TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>M45</b> <b>M46.8</b></p> <p>Reumatologista</p>
<p><b>ESQUIZOFRENIA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Clozapina 25mg e 100mg comp.</b></p> <p><b>Olanzapina 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</b></p> <p><b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b></p> <p><b>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</b></p>	<p>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum.</p> <p><b>Só para Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo.</li></ul>	<p><b>Para Todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Só para Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>F20.0</b> <b>F20.1</b> <b>F20.2</b> <b>F20.3</b> <b>F20.4</b> <b>F20.5</b> <b>F20.6</b> <b>F20.8</b></p> <p>Psiquiatra Geriatra* Neurologista* #</p> <p>*Somente para idosos com Doença de Alzheimer #E pacientes epilépticos que apresentam comorbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações</p>

**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 28/11/2018.



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



<b>FENILCETONÚRIA</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Complemento alimentar isento de fenilalanina</b>	- Dosagem de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames consecutivos).	- Dosagem de Fenilalanina sérica. <b>Periodicidade:</b> trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos exames consecutivos).	<b>E70.0</b> <b>E70.1</b>  Pediatra Nutricionista
<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR</b> <b>(Critério de Uso - Estadual)</b>  <b>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</b>  <b>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</b>	- Laudo médico evidenciando que o paciente é portador de FIBRILAÇÃO ATRIAL com médio ou alto risco para fenômenos cardioembólicos, confirmado por pelo menos um dos seguintes exames: eletrocardiograma, holter ou ecocardiograma. Laudo médico deverá informar que o paciente não possui nenhum critério de exclusão;  - Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc) com resultado maior ou igual a 2.  <b>Para Dabigatrana:</b> - Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, <b>OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</b>  *O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.  <b>Para Rivaroxabana:</b> - Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado, calculado a partir dos valores da creatinina sérica (Cr) e do peso corporal, com data inferior a 3 meses, <b>OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 15ml/min.</b>	<b>No primeiro ano do tratamento, deve ser apresentado trimestralmente:</b> - Laudo do médico prescritor, relatando manutenção da fibrilação atrial e que o paciente não desenvolveu nenhum dos critérios de exclusão;  - Clearance de Creatinina, ou laudo médico com Clearance de Creatinina estimado (calculado pela creatinina sérica e peso).  <b>(Obs.:</b> Para pacientes em uso de Dabigatrana, o clearance de creatinina (ClCr) deve estar maior que 30ml/min. Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o ClCr deve estar maior que 15ml/min).  <b>A partir do segundo ano do tratamento:</b> - As mesmas informações acima, mas com intervalo semestral.	<b>I48</b> <b>I63.1</b>  Neurologista Cardiologista
<b>FIBROSE CÍSTICA - INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.</b>	-	-	<b>E84.1 / E84.8</b>  Gastroenterologista Pediatra

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

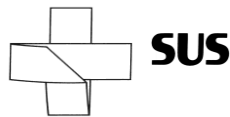


<p><b>FIBROSE CÍSTICA</b> (Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)</p> <p>Budesonida 200mcg cáps inal</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal</p> <p>Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml</p> <p>Omalizumabe 150mg injetável</p> <p>Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg</p>			<p>E84.0 E84.1 E84.8 E84.9</p>
<p><b>GLAUCOMA</b> (Protocolo MS)</p> <p>Acetazolamida 250mg comprimido</p> <p>Bimatoprosta 0,3mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brimonidina 2mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brinzolamida 10mg/mL sol oftálmica</p> <p>Dorzolamida 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Latanoprost 0,05mg/mL sol oftálmica</p> <p>Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Timolol 5mg/mL sol oftálmica</p> <p>Travoprost 0,04mg/mL sol oftálmica</p>	<p>- Campimetria;</p> <p>- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina);</p> <p>- 3 medidas da PIO basal.</p> <p>Obs: Para Pacientes do Hospital Evangélico que já estão em uso do(s) medicamento(s) deve ser exigida apenas uma medida da PIO.</p> <p>Obs; Para acetazolamida solicitar laudo médico informando se o paciente encontra-se aguardando a realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgica.</p>	<p>- Medida da PIO basal. <b>Periodicidade:</b> Quadrimestral.</p> <p>- Campimetria. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p>H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0</p> <p>Oftalmologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

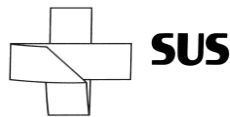




<p><b>HEPATITE AUTO-IMUNE</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gamaglobulinas ou IgG;</li><li>- Aminotransferases;</li><li>- Fosfatase Alcalina;</li><li>- FAN, AML, ou Ant- LKM1;</li><li>- ALT, AST, GGT;</li><li>- Anti-mitocondrias;</li><li>- histologia hepática;</li><li>- Anti-HAV IgM, HBSAg;</li><li>- Anti- HCV ;</li><li>- Reação em cadeia da polimerase;</li><li>- Bilirrubina;</li><li>- Hemograma Completo.</li></ul>	<p>- Hemograma Completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- AST, ALT, Bilirrubina, Gama-GT. <b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, os testes hepáticos devem ser exigidos trimestralmente.</p>	<p><b>K75.4</b></p> <p>Gastroenterologista Infectologista</p>
<p><b>HEMANGIOMA INFANTIL</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfainterferona 2b</b> <b>3.000.000 UI, 5.000.000 UI e</b> <b>10.000.000 UI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;</li><li>- TSH;</li><li>- TGO/TGP;</li><li>- TAP.</li></ul>	<p>- Hemograma completo; - TGO/ TGP; - TSH (somente para casos de hipotireoidismo). <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D18.0</b></p> <p>Pediatra</p>
<p><b>HEPATITE VIRAL CRÔNICA B E</b> <b>COINFECÇÕES</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfafepeginterferona 2a 180mcg</b> <b>F/A</b></p> <p><b>Alfafepeginterferona 2b 80mcg,</b> <b>100mcg e 120 mcg F/A</b></p> <p><b>Entecavir 0,5mg comp.</b></p> <p><b>Lamivudina 150mg comp. e sol.</b> <b>Oral 10mg/mL</b> <b>(somente na indisponibilidade</b> <b>de entecavir para tratamento</b> <b>profilático e fornecimento</b> <b>máximo de 4 meses)</b></p> <p><b>Tenofovir 300mg comp.</b></p>	<p><b>Para Alfafepeginterferona:</b> -Hemograma Completo, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, TSH, T4 livre, glicemia jejum, Beta HCG (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos).</p> <p><b>Para Entecavir:</b> - Hemograma Completo, TGO, TGP, creatinina, bilirrubina, albumina, TAP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, Beta HCG (para mulheres em idade fértil: 10 a 49 anos); <b>E</b> - Para pacientes HBsAg positivo, HBeAg não reativo e com TGP maior que 2x o valor superior da normalidade: HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B); <b>E</b> -Endoscopia Digestiva Alta <b>OU</b> Biópsia hepática <b>OU</b> Ultrassom de abdômen <b>OU</b> Laudo médico indicando que o paciente apresenta sinais clínicos de cirrose <b>OU</b> Laudo médico indicando comorbidades como: Hipertensão arterial, Diabetes ou uso concomitante de drogas com potencial nefrotóxico.</p> <p><b>Para Lamivudina:</b> - Hemograma Completo, Creatinina, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B); - Laudo médico justificando a necessidade de tratamento profilático;</p> <p><b>Para Tenofovir:</b> - Hemograma Completo, Creatinina, TGO, TGP, HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA (carga viral do vírus da hepatite B).</p> <p><b>OBS.: Os Exames sorológicos HBsAg, HBeAg, Anti-HBe, HIV, HBV-DNA: tem validade de 1 ano.</b></p>	<p>Para <b>Alfafepeginterferonas (fornecimento máximo de 48 semanas):</b> - Hemograma Completo, TGO, TGP, Glicemia de Jejum, TSH e T4 livre. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Tenofovir:</b> - Creatinina, Clearance Estimado de Creatinina, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral nos primeiros 6 meses, e após, semestral.</p> <p>Para <b>Entecavir:</b> -TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>B18.0</b> <b>B18.1</b></p> <p><b>Gastroenterologista</b> <b>Infectologista</b></p>

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

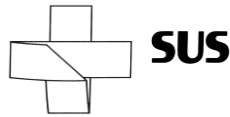
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Alfaepoetina 10.000 UI F/A</b></p> <p><b>Alfapeginterferona 2a 180mcg F/A</b></p> <p><b>Daclatasvir 30mg e 60mg comp.</b></p> <p><b>Filgrastim 300mcg F/A</b></p> <p><b>Simeprevir 150 mg cápsula</b></p> <p><b>Sofosbuvir 400 mg comp.</b></p> <p><b>Ribavirina 250mg cáps.</b></p> <p><b>Ombistavir 12,5mg / veruprevir 75mg / ritonavir 50mg + Dasabuvir 250mg</b></p>	<p><b>Hepatite C AGUDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relatório Médico que comprove a indicação do tratamento; <b>E</b></li><li>- Exame HCV-RNA quantitativo realizado até 90 dias após início dos sintomas ou da data da exposição; <b>E</b></li><li>- Exame de Genotipagem do HCV realizado até 90 dias após início dos sintomas ou da data da exposição; <b>E</b></li><li>- Exame laboratorial: Hemograma, TGO, TGP, uréia, creatinina (ou clearance de creatinina) (validade 3 meses); <b>E</b></li><li>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação ou documento médico que ateste a esterilização; <b>E</b></li><li>- Para os casos de coinfeção HCV/HIV: Número da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); <b>E</b></li><li>- Para Alfapeginterferona: TSH e T4 livre (validade 3 meses);</li></ul> <p><b>Hepatite C CRONICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relatório Médico que comprove a indicação de tratamento;</li><li>- Exame HCV-RNA realizado nos últimos 12 meses; <b>E</b></li><li>- Exame de Genotipagem do HCV realizado em qualquer momento; <b>E</b></li><li>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da solicitação ou documento médico que ateste a esterilização; <b>E</b></li><li>- Exame laboratorial: Hemograma, TGO, TGP, uréia, creatinina (ou clearance de creatinina) (validade 3 meses); <b>E</b></li><li>- Para os casos de coinfeção HCV/HIV: Número da ficha de notificação de HIV/AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); <b>E</b></li><li>- Para Alfapeginterferona: TSH e T4 livre (validade 3 meses);</li></ul>	<p><b>Para Ribavirina em tratamento acima de 12 semanas:</b> Exame laboratorial: Hemograma, TGO, TGP, uréia, creatinina (ou clearance de creatinina)</p> <p><b>Periodicidade:</b> na 12ª semana</p>	<p><b>B17.1 (Aguda)</b> <b>B18.2 (Crônica)</b></p> <p>Gastroenterologista Infecologista</p>
<p><b>HIPERATIVIDADE E DÉFICIT DE ATENÇÃO (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Metilfenidato 10mg comp <u>lib imediata</u>.</b></p> <p><b>Metilfenidato 20mg, 30mg e 40mg comp <u>lib prolongada</u>.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de TSH/ T4 Livre;</li><li>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato".</li></ul> <p><b>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de TSH/ T4 Livre.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato".</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>F90.0</b> <b>F90.1</b></p> <p><u>Para crianças e adolescentes (de 6 a 19 anos):</u> Pediatra Psiquiatra Neurologista</p> <p><u>Para adultos (acima de 19 anos):</u> Psiquiatra</p>

**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 28/11/2018.



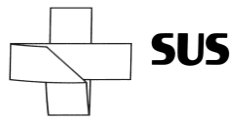
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p><b>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (Protocolo MS)</b></p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp. Ciproterona 50 mg comp.</p>	<p>- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH);</p> <p>- Dosagem de sódio e potássio séricos <u>OU</u> dosagem renina plasmática e aldosterona.</p>	<p>- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. <b>Periodicidade:</b> Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral.</p> <p>- Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>E25.0</b></p> <p>Endocrinologista</p>
<p><b>HIPERPROLACTINEMIA (Protocolo MS)</b></p> <p>Bromocriptina 2,5 mg comp. Cabergolina 0,5 mg comp.</p>	<p>- Pesquisa de macroprolactina; - Dosagem de prolactina; - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada; - Dosagem de TSH, TGO, Creatinina; - Dosagem de BhCG para mulheres; - <u>Ecocardiografia transtorácica: obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (&gt; 3 mg/dia ou 20 mg/semana).</u></p>	<p>- Dosagem de Prolactina. <b>Periodicidade:</b> Anual ou nos casos de mudança de dose.</p> <p>- Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. <b>Periodicidade:</b> 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.</p>	<p><b>E22.1</b></p> <p>Ginecologista Endocrinologista</p>
<p><b>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS)</b></p> <p>Sildenafil 20 mg comp. Ambrisentana 5mg e 10mg comp. revest. Bosentana 62,5mg e 125mg comp. revest.</p>	<p>- Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de artéria pulmonar sistólica, diastólica e média, pressão capilar pulmonar e resistência vascular pulmonar OU laudo médico descrevendo a impossibilidade de realização do exame;</p> <p>- Hemograma, TGO, TGP;</p> <p>- Laudo médico informando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>;</li><li>o Gravidade da doença, conforme classe funcional, na classificação da NYHA/OMS;</li><li>o Comprovação de falha terapêutica com uso de bloqueadores de canal de cálcio por pelo menos três meses (<i>somente para sildenafil</i>);</li><li>o Critérios objetivos de falha terapêutica ao uso de sildenafil (<i>somente para ambrisentana e bosentana</i>).</li></ul> <p><b>OBS.:</b> Após análise da documentação apresentada, a Comissão Avaliadora poderá exigir outros exames e/ou documentos complementares para a conclusão da avaliação.</p>	<p>Para <b>Bosentana e Ambrisentana:</b></p> <p>- Hemograma Completo. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>- TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 12 meses e após, trimestral.</p>	<p><b>I27.0</b> <b>I27.2 *</b> <b>I27.8 *</b></p> <p>Cardiologista Pediatra Pneumologista Reumatologista</p> <p>(*) Deverá ser informado também o CID secundário</p>

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

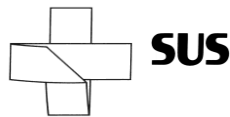
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>HIPOPARATIREOIDISMO</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b></p>	<p>- Dosagem de cálcio total e albumina, <b>OU</b> cálcio iônico; - PTH; - Fósforo e magnésio; - Creatinina e calciúria 24h; - Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina; - Peso atual do paciente.</p>	<p>- Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas. <b>Periodicidade:</b> Mensal até normalização e após, semestral.</p>	<p><b>E20.0</b> <b>E20.1</b> <b>E20.8</b> <b>E89.2</b></p> <p>Endocrinologista</p>
<p><b>ICTIOSES HEREDITÁRIAS</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Acitretina 10mg e 25mg cáps.</b></p>	<p>- Fosfatase alcalina; Bilirrubinas; - Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO; - Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos; - Uréia; Creatinina; - Glicose; Hemograma completo; - B-HCG; - EAS; - Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças.</p>	<p>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos. <b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Crianças (até 19 anos)</b> - Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Densitometria óssea em maiores 60 anos. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>L44.0</b> <b>Q80.0</b> <b>Q80.1</b> <b>Q80.2</b> <b>Q80.3</b> <b>Q80.8</b> <b>Q82.8</b></p> <p>Dermatologista</p>
<p><b>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</b></p>	<p><b>Para todos os CIDs:</b> - Dosagem de IgG total, IgA, IgM; - Hemograma completo; - Uréia e Creatinina; - ALT, AST e Albumina sérica.</p> <p><b>Incluir somente para o CID D80.3:</b> - Subclasses de IgG.</p> <p><b>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</b> - 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-polissacarídes do pneumococo (pré e pós vacinais).</p>	<p>- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D80.0</b> <b>D80.1</b> <b>D80.3</b> <b>D80.5</b> <b>D80.6</b> <b>D80.7</b> <b>D80.8</b> <b>D81.0</b> <b>D81.1</b> <b>D81.2</b> <b>D81.3</b> <b>D81.4</b> <b>D81.5</b> <b>D81.6</b> <b>D81.7</b> <b>D81.8</b> <b>D82.0</b> <b>D82.1</b> <b>D83.0</b> <b>D83.2</b> <b>D83.8</b></p> <p>Imunologista e Geneticista</p>

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

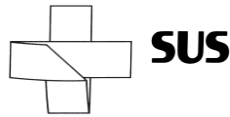
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e 100mg/ml sol. oral</b></p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</b></p> <p><b>Metilprednisolona 500mg F/A</b></p> <p><b>Micofenolato mofetila 500mg comp.</b></p> <p><b>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</b></p> <p><b>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</b></p>	<p>- Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos;</p> <p>- Alta hospitalar.</p>	<p>Para <b>Azatioprina</b>: - Hemograma completo, TGO, TGP. <b>Periodicidade</b>: na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para <b>Ciclosporina e Tacrolimo</b>: - Dosagem sérica. <b>Periodicidade</b>: Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p><b>T86.4</b> <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista</p>
<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg cp. e 100mg/ml sol. oral</b></p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</b></p> <p><b>Micofenolato mofetila 500mg comp.</b></p> <p><b>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</b></p> <p><b>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</b></p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos.</p> <p>- Alta hospitalar.</p>	<p><b>Para: Azatioprina</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade</b>: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações. <b>Periodicidade</b>: a critério médico.</p> <p><b>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo</b>: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo. <b>Periodicidade</b>: a critério médico.</p> <p><b>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo</b>: - Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p>	<p><b>T86.4</b> <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.



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



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

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

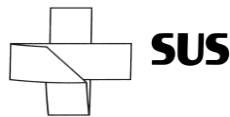
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Pancreatina 10.000 e 25.000 UI cáps.</b></p>	<p>- Dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas <u>ou</u> Pesquisa qualitativa da gordura fecal (com a coloração de Sudan III) mais <b>qualquer um</b> dos exames abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Radiografia simples de abdome <u>OU</u></li><li>- Ultrassonografia de abdome <u>OU</u></li><li>- Tomografia computadorizada de abdome <u>OU</u></li><li>- Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou ressonância magnética de vias biliares <u>OU</u></li><li>- Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total.</li></ul> <p>*Obs: 1) Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorréia).</p> <p>Atenção: Será excluído exame de gordura nas fezes quando qualquer exame de imagem for conclusivo.</p>	<p>- Anamnese e avaliação do IMC. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>K86.0</b> <b>K86.1</b> <b>K90.3</b></p> <p>Gastroenterologista</p>
<p><b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Oxibutinina 5 mg</b></p> <p><b>Tolterodina 4 mg</b></p>	<p>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados;</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.</p>	<p>-</p>	<p><b>R32</b> <b>N30.0 / N31.0 / N31.9</b> <b>N32.0 / N33.0 / N39.0</b></p> <p>Urologista Nefrologista</p>
<p><b>LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)</b></p> <p>Gosserrelina 3,6mg e 10,8 mg injetável Leuprorrelina 3,75 mg e 11,25 mg injetável Triptorrelina 3,75mg injetável</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Histerosalpingografia <u>OU</u></li><li>- Histeroscopia <u>OU</u></li><li>- Histerossonografia <u>OU</u></li><li>- Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>OU</u></li><li>- Tomografia computadorizada <u>OU</u></li><li>- Ressonância magnética <u>OU</u></li><li>- Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem).</li></ul>	<p>- Ultrassonografia e hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D25.0</b> <b>D25.1</b> <b>D25.2</b></p> <p>Ginecologista e Obstetra</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 28/11/2018.



<p><b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25, 50, 100 mg cápsula e 100 mg/ml solução oral</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b></p> <p><b>Danazol 100mg cáps.</b></p> <p><b>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável</b></p>	<p>- Hemograma completo c/ plaquetas; - Eletroforese de proteínas; - TGO e TGP; - Uréia e creatinina; - EAS; - Complemento C3 e C4; - Avaliação de autoanticorpos: FAN, anti-DNA nativo.</p> <p><b><u>Para Hidroxicloroquina:</u></b> Exame oftalmológico.</p> <p><b><u>Para LES + NEFRITE:</u></b> - Urocultura - Proteinúria 24 hs - Albumina - Eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio, potássio e cloro)</p> <p><b><u>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</u></b> - Teste de Coombs direto; - Reticulócitos; - LDH (desidrogenase láctica).</p> <p><b><u>Para LES + TROMBOSE:</u></b> - Anticoagulante lúpico; - VDRL; - Anticardiolipina IgG e IgM.</p>	<p><b>Todos</b> - VHS, PCR, anti DNA nativo, complementos (C3, C4) e EAS. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Azatioprina</b> - Hemograma, plaquetas, fosfatase alcalina, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> trimestral ou se houver mudança de dose.</p> <p>Para <b>Ciclosporina</b> - Pressão arterial sistêmica; - Creatinina, ácido úrico, cálcio, sódio, fósforo, potássio e cloreto. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Ciclofosfamida</b> - Hemograma, plaquetas, creatinina, cálcio, sódio, fósforo, potássio e cloreto, análise do sedimento urinário. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Para <b>Hidroxicloroquina</b> - Exame oftalmológico. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Hemograma com plaquetas. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Metotrexato</b> - TGO, TGP, fosfatase alcalina, hemograma c/plaquetas, uréia, creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Danazol</b> - TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicérides. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>L93.0</b> <b>L93.1</b> <b>M32.1</b> <b>M32.8</b></p> <p>Reumatologista</p> <p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

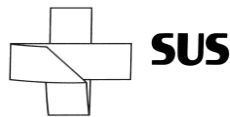




<p><b>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</b></p> <p><b>Talidomida 100 mg comp.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não é exigido LME;</li><li>- Notificação de receita de talidomida;</li><li>- Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade <u>OU</u> Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;</li><li>- Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento;</li><li>- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa).</li></ul>	<p>- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.</p>	<p><b>M32</b> <b>L93.0</b> <b>L93.1</b> <b>T86.0</b> <b>C90.0</b> <b>D46.0</b> <b>D46.1</b> <b>D46.4</b></p>
<p><b>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina comp. 25mg, 50mg, 100mg e sol. oral 100mg/mL</b></p> <p><b>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g e 6g F/A</b></p> <p><b>Piridostigmina 60mg comp.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eletroneuromiografia <u>OU</u> Teste imunológico anticorpo anti-receptor de Acetilcolina.</li></ul> <p><b>Para Imunoglobulina somente serão exigidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo Médico, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória), condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental;</li><li>- receita em duas vias;</li><li>- LME, onde fique evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória), condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental;</li><li>- 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.</li></ul> <p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil</li></ul> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Creatinina, hemograma completo, beta-HCG para mulheres em idade fértil</li></ul>	<p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, ALT e AST.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nível sérico de ciclosporina, potássio, magnésio e creatinina</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Imunoglobulina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Creatinina</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p>	<p><b>G70.0</b></p> <p>Neurologista</p>
<p><b>OSTEOMIELITE (Estadual)</b></p> <p><b>Teicoplanina 400mg injetável</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico ou LME contendo informações sobre diagnóstico clínico e laboratorial do paciente;</li><li>- Cultura (biópsia, sangue, secreção, líquido sinovial);</li><li>-Teste de Sensibilidade Antimicrobiana (TSA).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo;</li><li>- Ureia e creatinina;</li><li>- TGO e TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral ou a critério médico.</p>	<p><b>M46.2</b> <b>M86.4</b> <b>M86.9</b></p> <p>Infectologista Ortopedista</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 28/11/2018.



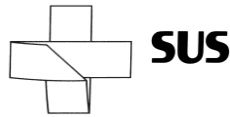
<p><b>OSTEOPOROSE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Raloxifeno 60mg comp.</b></p> <p><b>Pamidronato 30 e 60 mg injetável F/A</b></p> <p><b>Risedronato 35 mg comp.</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b></p>	<p>- Descrição dos dados clínicos em laudo médico ou no próprio LME;</p> <p>- Densitometria óssea recente (máx. 1 ano) do fêmur proximal ou coluna, <i>exceto para os casos de fratura de baixo impacto com fatores de risco</i>;</p> <p>- Para os casos de fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra: Radiografia do local acometido;</p> <p>- Para mulheres: Laudo descritivo relatando pós-menopausa.</p> <p>(Idade mínima: igual ou superior a 50 anos de idade)</p>	<p>-</p>	<p><b>M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1 (APENAS PARA MULHERES)</b></p> <p><b>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 (AMBOS OS SEXOS)</b></p>
<p><b>PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Palivizumabe 50mg/mL e 100mg/mL injetável F/A</b></p>	<p><b><u>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade:</u></b></p> <p>-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 <u>pacientes cardiopatas</u>: relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (<b>Anexo I</b>).</p> <p><b><u>Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade:</u></b></p> <p>-Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas);</p> <p>-Para <u>pacientes cardiopatas</u>: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (<b>Anexo II</b>).</p> <p>-Para <u>pacientes com doença pulmonar crônica</u>: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticoide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (<b>Anexo III</b>).</p>	<p>-</p>	<p>-</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 28/11/2018.



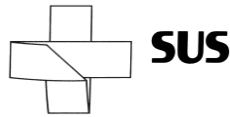
<p><b>PSORÍASE</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Acitretina 10mg e 25mg caps.</b></p> <p><b>Calcipotriol 50mcg/g pomada</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/ml sol. Oral; 25mg; 50mg e 100mg caps.</b></p> <p><b>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml sol. inj.</b></p> <p><b>*Atualizado em 28/11/18.</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b> - Laudo médico informando o grau de gravidade das lesões de acordo Avaliação Global pelo Médico; Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI) e valor do índice de extensão da psoríase – PASI. Incluir no laudo, a informação sobre o uso de quaisquer medicamentos;</p> <p><b>Para Acitretina</b> Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubina, Gama-GT, Colesterol total e frações, triglicerídeos, glicose, VHS e EAS. Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil ou documento médico que ateste a esterilização.</p> <p>*Crianças: Raio X de mãos e punhos</p> <p><b>Para Ciclosporina</b> Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Colesterol total e frações, triglicerídeos, magnésio, cálcio, potássio, ácido úrico, Bhcg (para mulheres em idade fértil), VHS e EAS. Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil ou documento médico que ateste a esterilização.</p> <p><b>Para Metotrexate:</b> Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, glicose, fosfatase alcalina, Gama-GT, albumina, HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV, Bhcg (para mulheres em idade fértil), VHS, EAS, PPD e radiografia de tórax. Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil ou documento médico que ateste a esterilização.</p> <p><b>Para Calcipotriol:</b> Cálcio Sérico</p>	<p><b>Para todos os medicamentos</b> - Índice PASI e DLQI <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Acitretina:</b> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil <b>Periodicidade:</b> Mensal</p> <p>- Para crianças: Raio X de mãos e punhos. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Uréia, Creatinina. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil <b>Periodicidade:</b> Mensal</p>	<p><b>L40.0</b> <b>L40.1</b> <b>L40.4</b> <b>L40.8</b> Dermatologista</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------



<p><b>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</b></p> <p><b>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</b></p>	<p>Para paciente com <b>previsão de transplante para os próximos 3 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Doença hepática Crônica Terminal por vírus B:<ul style="list-style-type: none"><li>HBsAg (+)</li><li>HBeAg</li><li>Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV</li></ul></li></ul> <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hepatite fulminante por vírus B:<ul style="list-style-type: none"><li>Anti-HBc IgM (+).</li></ul></li></ul> <p>Para paciente <b>pós – transplantado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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.</li></ul> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>Portadores de HIV;</li><li>Idade &lt; 12 anos;</li><li>Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. <b>Periodicidade:</b> 1º, 4º e 7º mês.</li><li>Anti – HBs, ALT e AST. <b>Periodicidade:</b> Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais).</li><li>HBsAg. <b>Periodicidade:</b> Semestral (não obrigatório).</li></ul>	<p><b>B18.0</b></p> <p><b>B18.1</b></p> <p><b>B16.0</b></p> <p><b>B16.2</b></p> <p>Infectologista Gastroenterologista</p>
<p><b>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</b></p> <p><b>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>Idade maior que 18 anos.</li><li>Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, <b>OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</b></li></ul> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.</p>	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min).</li><li>Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min).</li></ul>	<p><b>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</b></p> <p><b>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</b></p> <p><b>M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</b></p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista</p>

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

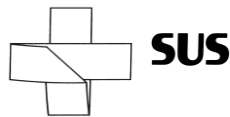
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</b> Gosserelelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida Leuprorrelina 3,75 mg e 11,25 mg injetável Ciproterona 50mg comp. Triptorrelina 3,75mg injetável</p> <p>Observação para o teste de provocação: documentos necessários estão em termo específico</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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;</li><li>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;</li><li>- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea;</li><li>- Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos até 6 anos e para as meninas até 08 anos;</li><li>- Ultrassonografia pélvica para todas as meninas;</li><li>- Dosagem de LH;</li><li>- Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista. (validade: 24 meses).</li></ul> <p>- Como ciproterona ainda não está contemplada no PCDT, exames adicionais ficam a critério médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea. <b>Periodicidade:</b> Anual.</li><li>- Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</li><li>-Estadiamento puberal de Tanner. <b>Periodicidade:</b> trimestral.</li><li>- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserelelina. <b>Periodicidade:</b> no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose</li></ul>	<p><b>E22.8</b> Endocrinologista</p>
<p><b>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)</b> Azatioprina 50 mg comp. Ciclofosfamida 50 mg drágea Danazol 100mg cáps. Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g e 6 g.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo com Contagem de Plaquetas.</li></ul>	<p>Para <b>Azatioprina:</b> - TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> A cada 2 meses.</p> <p>- Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> A cada 3 meses.</p> <p>Para <b>Ciclofosfamida:</b> - Hemograma e creatinina. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>Para <b>Danazol:</b> - TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicérides. <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia abdominal. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>D69.3</b> Hematologista</p>

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

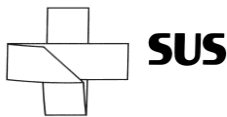
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b></p> <p>*Não liberar para casos de <u>raquitismo hipofosfatêmico hipercalcêmico</u>.</p>	<p>- Cálcio Sérico; - Excreção urinária de Cálcio; - Fósforo Sérico; - Excreção urinária de Fósforo; - 25-Hidroxitamina D sérico; - Fosfatase Alcalina Sérica; - PTH sérico; - Radiografia de Antebraço e Joelho.</p> <p><u>Exames não obrigatórios:</u> - Dosagem de creatinina sérica e urinária, TGO, TGP, gasometria (CO<sub>2</sub>), análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina.</p>	<p>- Cálcio Sérico, Excreção de Cálcio, Fósforo Sérico, Fosfatase Alcalina, PTH sérico <b>Periodicidade:</b> Mensal até manutenção do tratamento. Após, trimestral.</p> <p>- Radiografia das áreas afetadas <b>Periodicidade:</b> após o 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, conforme orientação médica. *Doses elevadas de calcitriol requerem intervalos menores de realização de exames laboratoriais e radiografia.</p>	<p><b>E55.0</b> <b>E55.9</b> <b>E64.3</b> <b>E83.3</b> <b>M83.0</b> <b>M83.1</b> <b>M83.2</b> <b>M83.3</b> <b>M83.8</b></p> <p><b>Endocrinologista</b></p>
<p><b>RETICOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25 mg; 50 mg e 100 mg comprimido e 100mg/mL solução oral</b></p> <p><b>Sulfassalazina 500 mg comp.</b></p> <p><b>Mesalazina 400 mg, 500mg e 800mg compr.</b></p> <p><b>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório</b></p> <p><b>Mesalazina enema 1g e 3g + diluente 100ml</b></p>	<p>- Diagnóstico endoscópico ou histopatológico de Retocolite Ulcerativa - Colonoscopia</p> <p>Para <b>Sulfassalazina:</b> - Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU (EAS).</p> <p>Para <b>Mesalazina:</b> - Hemograma, Uréia, Creatinina e EQU(EAS).</p> <p>Para <b>Azatioprina:</b> - Hemograma Completo, ALT, AST.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b> - Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio.</p>	<p>Para <b>Sulfassalazina:</b> - Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU(EAS). <b>Periodicidade:</b> Mensal, nos 3 primeiros meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>Para <b>Mesalazina:</b> - Hemograma, Creatinina e EQU(EAS). <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Azatioprina:</b> - Hemograma Completo, ALT E AST. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b> - Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>K51.0</b> <b>K51.1</b> <b>K51.2</b> <b>K51.3</b> <b>K51.4</b> <b>K51.5</b> <b>K51.8</b></p> <p>Gastroenterologista Proctologista</p>
<p><b>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Clopidogrel 75mg comp.</b></p>	<p>- 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 e laudo de endoscopia digestiva alta.</p>	<p>-</p>	<p><b>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</b></p> <p><b>Cardiologista</b></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 28/11/2018.



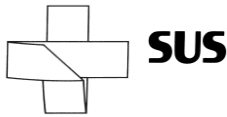
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p><b>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Imunoglobulina Humana</b> 2,5 g, 5 g e 6 g F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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;</li><li>- Liqueur (com resultado de celularidade e proteína);</li><li>- receita em duas vias;</li><li>-LME;</li><li>- 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.</li></ul>		<p><b>G61.0</b></p> <p>Neurologista</p>
<p><b>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI)</b> (Critérios de uso – Estadual)</p> <p><b>Pramipexol 0,25mg</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI;</li><li>-Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio;</li><li>- Dosagem de ferritina sérica;</li><li>- Uréia e creatinina;</li><li>- Paciente maior que 18 anos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uréia e Creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p><b>G25.8</b></p> <p>Neurologista</p>
<p><b>SÍNDROME DE TURNER</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;</li><li>- Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statitics (NCHS) se maior de 05 anos;</li><li>- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- IGF-1 (Fator de crescimento insulina similar).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p><b>Q96.0</b> <b>Q96.1</b> <b>Q96.2</b> <b>Q96.3</b> <b>Q96.4</b> <b>Q96.8</b></p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra</p>
<p><b>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Ciproterona 50 mg comp.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ultrassonografia pélvica;</li><li>- Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) <u>ou</u> evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona);</li><li>- Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica;</li><li>- Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona;</li><li>- Prolactina sérica;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- TGO, TGP e bilirrubinas.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem sérica de testosterona.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).</p>	<p><b>E28.0</b> <b>E28.2</b> <b>L68.0</b></p> <p>Ginecologia Endocrinologia</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

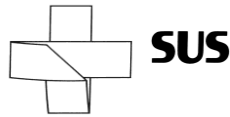


	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito);</li><li>- Sulfato de deidroepiandrosterona;</li><li>- TSH;</li><li>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica);</li><li>- TGO, TGP e bilirrubinas;</li><li>- B-HCG para mulheres em idade fértil.</li></ul>		
<p><b>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b></p> <p><b>Ciclosporina cápsulas de 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 50 ml.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal);</li><li>- proteinúria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina;</li><li>- EAS;</li><li>- albumina sérica;</li><li>- colesterol total, HDL e triglicerídeos;</li><li>- creatinina sérica ou clearance de creatinina;</li><li>- hemograma completo e contagem de plaquetas;</li><li>- glicose;</li><li>-TGO,TGP;</li><li>- BHCG para mulheres em idade fértil (para ciclofosfamida);</li><li>- laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> A cada 3 meses.</p> <p>Para <b>Ciclofosfamida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, TGO, TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>Para <b>Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>N04.0</b> <b>N04.1</b> <b>N04.2</b> <b>N04.3</b> <b>N04.4</b> <b>N04.5</b> <b>N04.6</b> <b>N04.7</b> <b>N04.8</b></p> <p>Nefrologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.

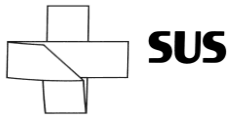




<p><b>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Metilprednisolona 500mg amp.</b></p> <p><b>Ciclosporina cápsula de 25, 50 e 100mg e solução oral 10mg/ml</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b></p> <p><b>Tacrolimo 1 e 5mg cáps.</b></p>	<p>- Proteinúria;</p> <p>- Albumina;</p> <p>- Lipídios;</p> <p>- Biópsia renal (Em pacientes com hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada, ou complemento sérico diminuído);</p> <p>- HBsAg, anti-HCV e anti-HIV) e o fator antinuclear (FAN).</p>	<p>- Albumina sérica;</p> <p>- Colesterol total e triglicérides;</p> <p>- Hemograma;</p> <p>- Glicose;</p> <p>- EQU(EAS);</p> <p>- Creatinina sérica;</p> <p>- Índice proteína/creatinina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada</p>	<p><b>N04.0</b> <b>N04.1</b> <b>N04.2</b> <b>N04.3</b> <b>N04.4</b> <b>N04.5</b> <b>N04.6</b> <b>N04.7</b> <b>N04.8</b></p> <p>Nefrologista</p>
<p><b>SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Desferroxamina 500 mg F/A</b></p> <p><b>Deferiprona 500 mg comp.</b></p> <p><b>Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>- Ferritina sérica</p> <p>- Saturação de Transferrina</p> <p><b>Para Deferiprona:</b></p> <p>- Hemograma</p> <p><b>Para Deferasirox:</b></p> <p>- TGO, TGP, creatinina</p> <p><b>Para Desferroxamina:</b></p> <p>- Acuidade visual e auditiva</p>	<p><b>Para Desferroxamina e Deferiprona:</b></p> <p>- Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Deferiprona:</b></p> <p>- Hemograma.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Deferasirox:</b></p> <p>- Creatinina;</p> <p>- TGO, TGP.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Desferroxamina:</b></p> <p>- Acuidade visual e auditiva.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>T45.4</b> <b>E83.1</b></p> <p>Hematologista</p>

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

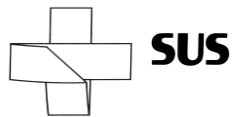
ATUALIZADO EM 28/11/2018.



<p><b>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Clozapina 25mg e 100mg comp.</b></p> <p><b>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</b></p> <p><b>Olanzapina 5mg e 10 mg comp.</b></p> <p><b>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</b></p> <p><b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b></p>	<p>Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC.</p> <p><b>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagens de colesterol total e frações</li><li>- Triglicerídios</li><li>- Glicemia de jejum</li><li>- Hemograma.</li></ul> <p><b>Para Lamotrigina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma</li><li>- TGO e TGP.</li></ul>	<p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. <b>Periodicidade:</b> em 3, 6 e 12 meses.</p> <p><b>Para Lamotrigina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, TGO e TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum, perfil lipídico e prolactina.</li></ul> <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após anual.</p> <p><b>Para Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma.</li></ul> <p>Periodicidade: Mensal.</p>	<p><b>F31.1</b> <b>F31.2</b> <b>F31.3</b> <b>F31.4</b> <b>F31.5</b> <b>F31.6</b> <b>F31.7</b></p> <p>Psiquiatra</p>
<p><b>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Clozapina 25 e 100mg comp.</b></p> <p><b>Olanzapina 5 e 10mg comp.</b></p> <p><b>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</b></p> <p><b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b></p> <p><b>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</b></p>	<p>- Dosagens de Colesterol Total e Frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de Jejum.</p> <p>Só para <b>Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo.</li></ul>	<p>- Dosagens de Colesterol Total e Frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de Jejum. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Só para <b>Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>F25.0</b> <b>F25.1</b> <b>F25.2</b></p> <p>Psiquiatra</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 28/11/2018.



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



<p><b>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA</b> (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml Seringas preenchidas</p>	<p>- Hemograma completo; - Bhcg (somente para mulheres) ou ultrassonografia obstétrica.</p> <p><b>Para Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda ou Tromboembolismo Pulmonar:</b></p> <p>- Doppler Venoso ou Angiografia Venosa ou Angiotomografia.</p> <p>Obs. Idade Mínima: mulheres a partir dos 15 anos e homens a partir dos 18 anos.</p>	<p>- Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> mensal nos 3 primeiros meses, e depois, trimestralmente.</p>	<p>-</p>
<p><b>UVEÍTES POSTERIORES NÃO INFECCIOSAS - DOENÇA DE BEHÇET</b> (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. e 100mg/ml solução oral</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p>	<p>- Diagnóstico Clínico.</p>	<p>Para <b>Ciclosporina:</b></p> <p>- Creatinina, Uréia, Pressão Arterial. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p>- Sódio, Potássio, Ácido Úrico, Triglicerídeos, Colesterol total, colesterol HDL, TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Azatioprina:</b></p> <p>Hemograma Completo, ALT, AST. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>H30.0</b> <b>H30.1</b> <b>H30.2</b> <b>H30.8</b></p> <p>Oftalmologista</p>

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

ATUALIZADO EM 28/11/2018.