

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS PROTOCOLOS ESTADUAIS –  
DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p align="center"><b>ANGIOEDEMA (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Ácido tranexâmico 250mg comp.</b></p> <p><b>Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida</b></p> <p>*Atualizado em 17/02/2020</p>	<p>- Dosagem de complemento C4;</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH quantitativo;</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH funcional.</p> <p><b>Todos:</b>sem validade – pode ser antigo</p>	-	<p align="center"><b>D84.1</b></p> <p align="center">Alergista e Imunologista</p>
<p align="center"><b>ASMA NÃO CONTROLADA (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</b></p> <p><b>Montelucaste 4mg sachê</b></p> <p><b>Montelucaste 4mg, 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Omalizumabe 150mg F/A injetável</b></p>	<p><b>Para todos:</b> → Formulário de inclusão para Asma e DPOC.</p> <p>→Laudo médico informando início e a intensidade dos sintomas, se possui história familiar de asma, a evolução clínica em uso de tratamentos prévios utilizados (medicamento, posologia e tempo de uso), as comorbidades e os tratamentos atualmente em uso (medicamento/posologia e tempo de uso)</p> <p>→Se tiver, espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) – sem validade.</p> <p><b>Para Omalizumabe:</b> - IgE Total – (validade 180 dias); -Teste alérgico de Hipersensibilidade Imediata ou Pesquisa de IgE alérgeno específica (validade 90 dias)</p>	-	<p align="center"><b>J45.0 J45.8 J45.9</b></p> <p align="center">Pneumologista Alergista</p>

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS PROTOCOLOS ESTADUAIS –  
DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19**

<p align="center"><b>DIABETES - ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Insulina Glargina 100UI/mL F/A</b> <b>Insulina Detemir 100UI/mL F/A</b></p>	<p>- Determinação de hemoglobina glicada e glicemia em jejum (validade 12 meses)</p> <p>- Comprovação de pelo menos 2 episódios de hipoglicemia, num período de 6 meses, mediante apresentação laudo de atendimento médico no momento da crise ou automonitorização glicêmica capilar;</p> <p>- Informação se houve uso prévio das insulinas convencionais e esquema posológico utilizado, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (validade 90 dias).</p> <p><b>* Medicamentos dispensado apenas para maiores de 6 anos.</b></p>	<p align="center">-</p>	<p align="center"><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 align="center">Endocrinologista</p>
<p align="center"><b>DPOC (Critérios de uso - Estadual)</b></p> <p align="center"><b>Tiotrópio 2,5mcg</b></p>	<p>→ Formulário de inclusão para Asma e DPOC;</p> <p>→Relato médico informando início e a intensidade dos sintomas, se possui história familiar de asma, a evolução clínica em uso de tratamentos prévios utilizados (medicamento, posologia e tempo de uso), as comorbidades e os tratamentos atualmente em uso (medicamento/posologia e tempo de uso).</p> <p>→Se tiver, espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) – sem validade.</p>	<p align="center">-</p>	<p align="center"><b>J44.0</b> <b>J44.1</b> <b>J44.8</b></p> <p align="center">Pneumologista</p>
<p align="center"><b>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</b></p> <p align="center"><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><b>* Validade 90 dias.</b></p>	<p align="center">-</p>	<p align="center"><b>M15.3 / M19.9</b> <b>M18.9 / M18.2</b> <b>M19.1 / M18.0</b> <b>M19.0 / M25.5</b> <b>M79.6 / M54.5</b> <b>M54.6 / R52.9</b> <b>M54.9 / M43.9</b> <b>M53.9 / M79.0</b></p>

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS PROTOCOLOS ESTADUAIS –  
DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19**

<p align="center"><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><b>* Validade 90 dias.</b></p>	<p align="center">-</p>	<p align="center"><b>G43</b> <b>G43.0</b> <b>G43.1</b> <b>G43.3</b> <b>G43.9</b></p> <p align="center">Neurologista</p>
<p align="center"><b>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR</b> <b>(Critério de Uso - Estadual)</b></p> <p><b>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</b></p> <p><b>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</b></p>	<p>- Laudo médico evidenciando que o paciente é portador de FIBRILAÇÃO ATRIAL com médio ou alto risco para fenômenos cardioembólicos, confirmado por pelo menos um dos seguintes exames: eletrocardiograma, holter ou ecocardiograma. Laudo médico deverá informar que o paciente não possui nenhum critério de exclusão;</p> <p>- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc) com resultado maior ou igual a 2.</p> <p><b>Para Dabigatrana: validade 90 dias</b></p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE <b>com resultado superior a 30ml/min.</b></p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 3 meses. Assim, devem constar no processo:</p> <p>1- exame de clearance de creatinina (validade de 3 meses); OU</p> <p>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 3 meses) e peso atualizado do paciente.</p> <p><b>Para Rivaroxabana: validade 90 dias.</b></p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado , calculado a parti dos valores da creatinina sérica (Cr) e do peso corporal, com data inferior a 3 meses, OBRIGATORIAMENTE <b>com resultado superior a 15ml/min.</b></p>	<p align="center">-</p>	<p align="center"><b>I48</b> <b>I63.1</b></p> <p align="center">Neurologista Cardiologista</p>

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS PROTOCOLOS ESTADUAIS –  
DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19**

<p><b>HIPERATIVIDADE E DÉFICIT DE ATENÇÃO (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Metilfenidato 10mg complib imediata.</b></p> <p><b>Metilfenidato 20mg, 30mg e 40mg complib prolongada.</b></p>	<p>- Formulário “Critérios para solicitação de Metilfenidato” - (validade 90 dias).</p> <p>- Laudo médico informando as possíveis comorbidades do paciente e que não apresenta contra-indicação ao uso do medicamento.</p> <p><b>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</b></p> <p>- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia (validade 90 dias).</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>
<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 (validade 90 dias);</p> <p>- Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (validade 90 dias).</p>	-	<p><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>OSTEOMIELITE (Estadual)</b></p> <p><b>Teicoplanina 400mg injetável</b></p>	<p>- Laudo médico ou LME contendo informações sobre diagnóstico clínico e laboratorial do paciente (validade 90 dias);</p> <p>- Cultura (biópsia, sangue, secreção, líquido sinovial);</p> <p>- Teste de Sensibilidade Antimicrobiana (TSA).</p>	-	<p><b>M46.2</b> <b>M86.4</b> <b>M86.9</b></p> <p>Infectologista Ortopedista</p>

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS PROTOCOLOS ESTADUAIS –  
DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19**

<p><b>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO</b> (Critério de Uso - Estadual)</p> <p><b>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.</b></p>	<p>- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (validade 90 dias).</p> <p>- Idade maior que 18 anos.</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE <b>com resultado superior a 30ml/min.</b></p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 90 dias. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (validade 90 dias); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 90 dias) e peso atualizado do paciente.</p>		<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>
<p><b>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI)</b> (Critérios de uso – Estadual)</p> <p><b>Pramipexol 0,25mg</b></p>	<p>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI e que não contra-indicação renal.</p> <p><b>*Validade 90 dias</b></p>	-	<p><b>G25.8</b></p> <p>Neurologista</p>
<p><b>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA</b> (Mini-protocolo Estadual)</p> <p><b>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml</b> <b>Seringas preenchidas</b></p>	<p><b>Para Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda ou Tromboembolismo Pulmonar:</b>Doppler Venoso ou Angiografia Venosa ou Angiotomografia.</p> <p>Laudo médico informando que paciente não possui contra-indicação ao uso da Enoxaparina.</p> <p>Obs. Idade Mínima: mulheres a partir dos 15 anos e homens a partir dos 18 anos.</p>	-	-