



Fluxo de Acesso - Angioedema associado à deficiência de C1 esterase

PORTARIA Nº 880, DE 12 DE JULHO DE 2016

MEDICAMENTOS

- DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;(em nome do paciente ou responsável pelo paciente)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado.([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#);PORTARIA 344, de 1998;RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; adequadamente preenchido.
- Formulário – Medicamento para Angioedema Associado à Deficiência de C1 Esterase (C1-INH), adequadamente preenchido. OU
- Relatório médico com CID-10, informando:
 1. Quadro clínico compatível com AEH
 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Angioedema associado à deficiência de C1 esterase**.

EXAMES DE ABERTURA DE PROCESSO

- Evidências bioquímicas: atividade da C1-INH e do complemento hemolítico total (CH50); e da fração C4 do complemento; **ou** Evidência genética: avaliação do Gene SERPING1.
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).(validade um mês)
- Hemograma (validade 3 meses)
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)
- Creatinina (validade 3 meses)
- Fosfatase alcalina (validade 3 meses)
- Colesterol Total e Frações (validade 3 meses)
- Triglicerídeos (validade 3 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Atividade da C1-INH e C4. **Periodicidade:** Após o primeiro mês de tratamento.
- Hematócrito, hemoglobina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Colesterol total e Frações, Triglicerídeos, Exame qualitativo de urina. **Periodicidade:** a cada 6 meses.
- Ultrassonografia abdominal. **Periodicidade:** anual.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capitale Região Metropolitana:

CEDEBA- Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto.
Salvador/Ba.

Tel: da Farmácia: 3103-6039/6040

Horário: 8h às 18h

E-mail: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

– D84.1 Defeito no sistema complemento

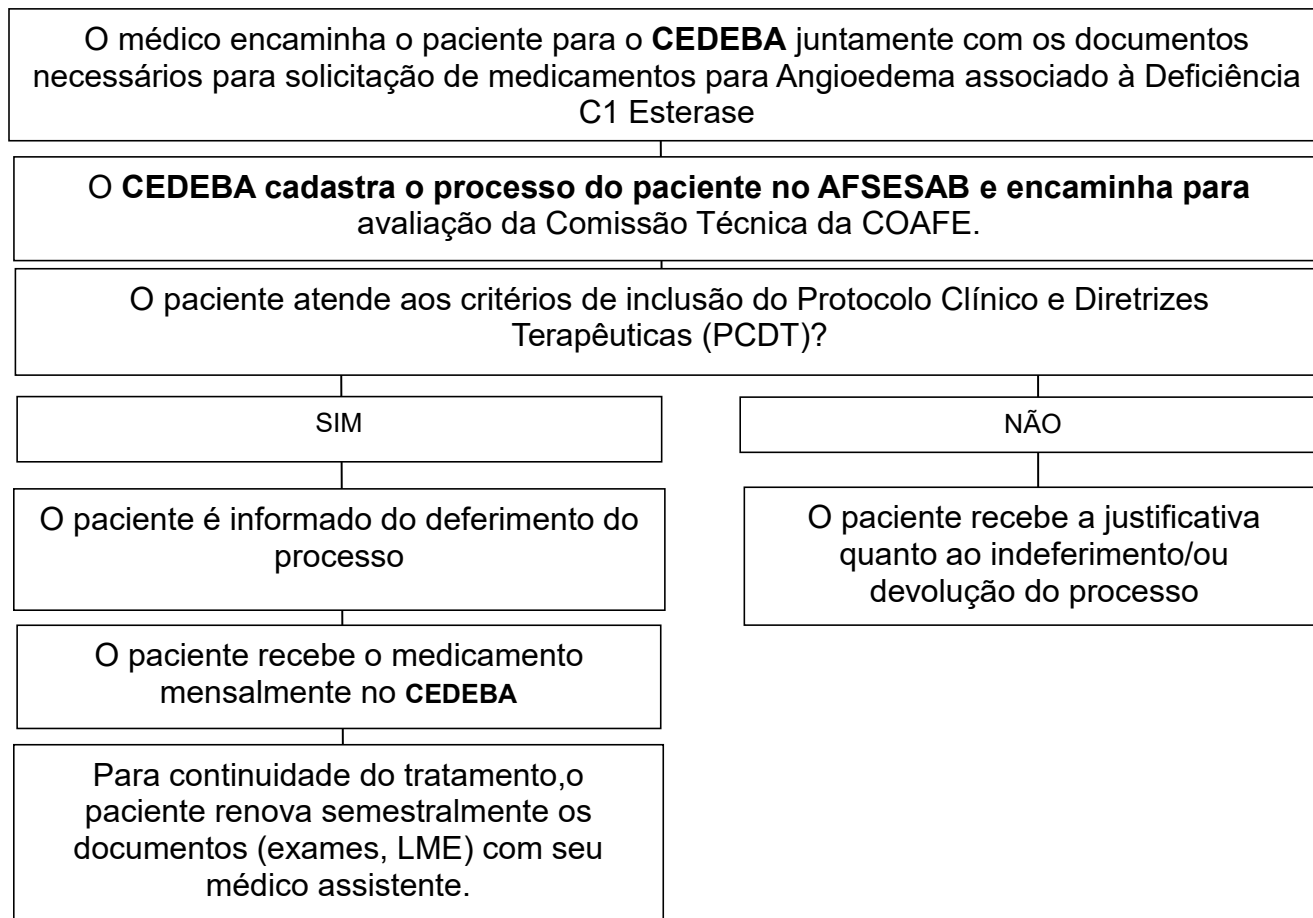
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- *Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste PCDT, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses do medicamento prescritas e dispensadas e da adequação de uso.*



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

