



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

Fluxo de Acesso
Síndrome Nefrótica Primária em Adultos
PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 14 DE ABRIL DE 2020.

MEDICAMENTOS
• CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML) • CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA) • CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA) • CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA) • CICLOFOSFAMIDA 50MG (POR DRÁGEA)
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente; • Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável legal pelo paciente); • Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE); • Prescrição médica adequadamente 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, assinado pelo médico e paciente. • Formulário de Acesso aos medicamentos para Síndrome nefrótica primária em adultos, adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. OU • Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados: 1. A história e diagnóstico clínico do paciente, detalhando tratamento prévio, ocorrência de recidivas. 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Síndrome nefrótica primária em adultos.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para todos os medicamentos:

- B- HCG Sérico (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade 1 mês)
- Hemograma (validade 3 meses)
- Sumário de Urina (validade 3 meses)
- Creatinina sérica (validade 3 meses)
- Dosagem de Glicose de jejum; (validade 3 meses)
- Dosagem da proteinúria de 24 h, **ou** índice proteína/creatinina em amostra de urina aleatória.
(validade 3 meses)
- Albumina sérica (validade 3 meses)
- Colesterol total (validade 3 meses)
- HDL (validade 3 meses)
- LDL (validade 3 meses)
- Triglicerídeos (validade 3 meses)
- Anti-HCV; (validade 12 meses)
- Anti-HIV; (validade 12 meses)
- anti-HBc total (validade 12 meses)
- Fator antinuclear; (FAN) (validade 12 meses)
- Dosagem de Complemento C3; (validade 12 meses)
- Dosagem de Complemento C4; (validade 12 meses)
- HbsAg; (validade 12 meses)
- Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);
- Tempo de Tromboplastina parcial;
- Tempo de Protrombina;
- Biópsia renal (com diagnóstico histopatológico, exceto para pacientes com contraindicação à biópsia, como no caso de rim único ou de coagulopatia, estes podem ser diagnosticados com base nos achados clínico-laboratoriais.) (validade indeterminada).

Exames solicitados para diagnóstico diferencial: (a critério médico)

- Anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCAc e ANCAp); (validade 12 meses)
- Anti-DNA-DS; (validade 12 meses)
- Crioglobulina; (validade 12 meses)
- Sorologia para LUES; (validade 12 meses)

Para Ciclofosfamida, também:

- Eletrólitos (Sódio, Potássio, Magnésio) (validade 3 meses)
- Laudo do Rx de Tórax (validade 6 meses)
- PPD ou IGRA(em caso de TB ativa ou necessidade de tratamento da ILTB, encaminhar laudo da equipe de saúde assistente informando sobre o tratamento, de acordo com o manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, e prazo para início do MMCD biológico ou MMCDsae.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para todos Medicamentos na fase inicial:

- Dosagem de Creatinina sérica
- Dosagem de Albumina sérica
- Dosagem de Colesterol total
- Dosagem de Triglicerídeos
- Hemograma com plaquetas
- Dosagem de Glicemia em jejum
- Exame Qualitativo de Urina (Sumário de urina)
- Exame de índice proteína/creatinina urinário.

Periodicidade: Nos pacientes que entram em remissão da glomerulopatia com resposta total (proteinúria < 0,2 g/24h ou IPC < 0,3 com albumina > 3,5 g/dl) ou parcial (proteinúria 0,2 a 3,0 g/24h ou IPC entre 0,3 e 3,0), a **Periodicidade** será a cada 60 ou 90 dias até o final do primeiro ano. **Após o primeiro ano, Periodicidade** a cada 4 meses. **No segundo ano Periodicidade** a cada 6 meses, até o terceiro ano. Após 4 a 5 anos, se o paciente não apresentou recidiva da síndrome nefrótica e encontra-se clinicamente estável, a **Periodicidade** será a cada 12 meses.

Para pacientes em uso de Ciclofosfamida ainda:

- Hemograma **Periodicidade: quinzenalmente** nos dois primeiros meses e após 60 dias, mensalmente.
- AST/TGO, ALT/TGP **Periodicidade: mensalmente**

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Em caso de troca de medicamento ou aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.
- **Em caso de continuidade do tratamento, sem troca de medicamento ou sem aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade de cadastro.

Atenção: quando houver troca de medicamento ou aumento da dose, a solicitação deverá ser realizada por médico especialista, se previsto para a patologia em questão.

UNIDADE DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana:

HAN - Hospital Ana Nery

End: R. Saldanha Marinho, s/nº - Caixa D' água, Salvador – BA, CEP 40320-010

Tel: da Farmácia: 3117-1877/1863

Horário: 7:30h às 16:30h

E-mail: farmacia.renais@gmail.com

Interior

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



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

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

- N04.0 Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor
- N04.1 Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares
 - N04.2 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa
 - N04.3 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
 - N04.4 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
 - N04.5 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
 - N04.6 Síndrome nefrótica - doença de depósito denso
 - N04.7 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente
 - N04.8 Síndrome nefrótica - outras
 - N04.9 Síndrome nefrótica - não especificada

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

Nos pacientes que entram em remissão da glomerulopatia com resposta total (proteinúria < 0,2 g/24h ou IPC < 0,3 com albumina > 3,5 g/dl) ou parcial (proteinúria 0,2 a 3,0 g/24h ou IPC entre 0,3 e 3,0), a **Periodicidade** será a cada 60 ou 90 dias até o final do primeiro ano. **Após o primeiro ano, Periodicidade** a cada 4 meses. **No segundo ano Periodicidade** a cada 6 meses, até o terceiro ano. Após 4 a 5 anos, se o paciente não apresentou recidiva da síndrome nefrótica e encontra-se clinicamente estável, a **Periodicidade** será a cada 12 meses.

Nos casos de paciente em uso de ciclofosfamida deverá ser realizado hemograma quinzenalmente nos dois primeiros meses e após, mensalmente. Em caso de redução da contagem de leucócitos, a dose da ciclofosfamida deverá ser reduzida em 50%. Se a contagem de leucócitos estiver abaixo de 3.000/mm³, os neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ ou as plaquetas abaixo de 100.000/mm³. Hidratação adequada. Dosagens séricas de aspartatoaminotransferase (AST/TGO) e alaninoaminotransferase (ALT/TGP) deverão ser realizadas mensalmente. Se os valores das aminotransferases/transaminases forem superiores a 2,0 a 2,5 vezes o valor basal (os limites superiores variam conforme o laboratório), a ciclofosfamida deve ser suspensa.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

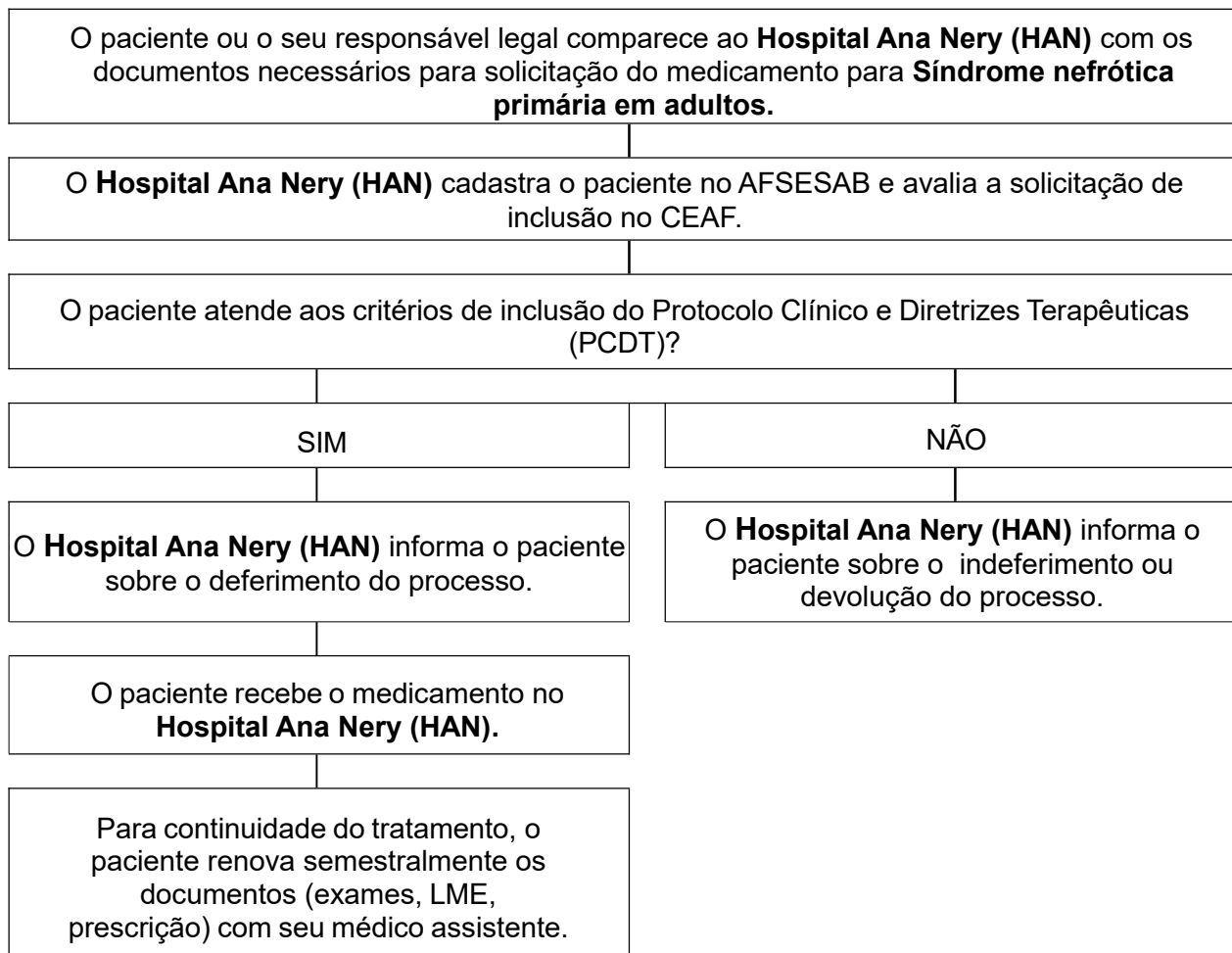
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

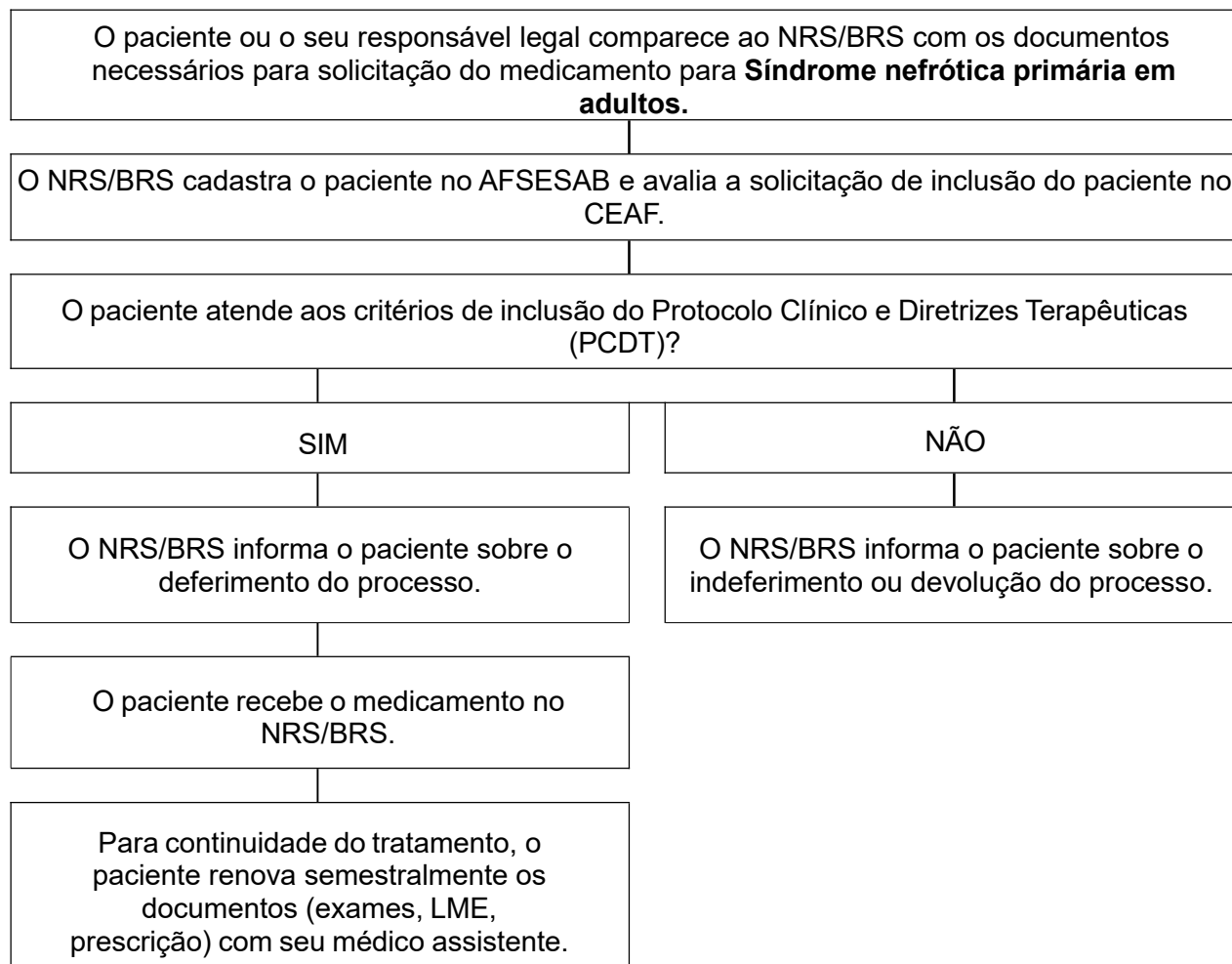
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

CICLOSPORINA





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

CICLOFOSFAMIDA

