



Fluxo de Acesso

Imunodeficiência Primária Com Predominância de Defeitos de Anticorpos **PORTARIA Nº 495 DE 11 DE SETEMBRO DE 2007.**

MEDICAMENTOS

- IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

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 (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 pelo paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados:
 1. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Imunodeficiência Primária Com Predominância De Defeitos De Anticorpos**

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

- Laudos médicos/exames que comprovem a ocorrência de infecções típicas de IP com predominância de defeitos de anticorpos (validade indeterminada)
- Hemograma (validade 3 meses)
- Beta- HCG (para mulheres em idade fértil) (validade 3 meses)
- Dosagens de concentração sérica das imunoglobulinas (IgG total, IgA, IgM); (validade 12 meses)
- Avaliação da síntese ativa de anticorpos; (Dosagem de isohemaglutininas anti-A e anti-B ou Dosagem dos anticorpos pós-vacinais (anti-tétano, anti-difteria), anti-rubéola, anti-hepatite B e antisarampo ou Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós-vacinais) (validade 12 meses)
- Dosagens de concentração sérica das subclasses de IgG (**quando indicado**).
- Ureia (validade 3 meses)
- Creatinina (validade 3 meses)
- AST/TGO, (validade 3 meses)
- ALT/TGP, (validade 3 meses)
- TP (validade 3 meses)
- Albumina (validade 3 meses)
- anti-HIV (validade 12 meses)



EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma; Exame Qualitativo de Urina; Ureia, Creatinina, TGO, TGP, TP e Albumina. **Periodicidade:** Trimestralmente.
- Dosagem de IgG Sérica. **Periodicidade:** *antes de cada aplicação*

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

RILZA VALENTIM - Centro Estadual de Referência às Pessoas com Doença Falciforme;

Endereco: Avenida Centenario no 801, Garcia, Salvador Bahia.

Contatos Telefonicos:(71) 3339-6000/ (71) 3339-6027/ (71)3339-6028

Horário de atendimento:

segunda a sexta-feira, das 07:00 horas as 17:00 horas (exceto feriados)

E-mail: fatima.souto@hemoba.ba.gov.br

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 07h às 18h

E-mail:cimeb@saude.ba.gov.br

HUPES - Hospital Universitário Professor Edgard Santos (apenas para os pacientes cadastrados no ambulatório do HUPES);

Endereço: R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060

Telefone:(71) 3646-3400

Horário: 07:00 às 19:00 horas

Interior

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



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

- D80.0 Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento) ·
- D80.1- Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE) ·
- D80.3 - Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG) ·
- D80.5 - Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM) ·
- D80.6 - Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia ·
- D80.7 - Hipogamaglobulinemia transitória da infância ·
- D80.8 - Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa) ·
- D83.0 - Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B ·
- D83.2 - Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T ·
- D83.8 - Outras imunodeficiências comuns variáveis

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

- Todos os pacientes com suspeita de IP devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista.



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

O(a) paciente ou o seu responsável legal comparece ao CIMEB / RILZA VALENTIM com os documentos necessários para solicitação do medicamento para **Imunodeficiência Primária Com Predominância de Defeitos de Anticorpos**.

O CIMEB cadastra o(a) paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação na COAFE;
O RILZA VALENTIM cadastra e avalia o processo no AFSESAB.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O CIMEB / RILZA VALENTIM, informa ao paciente sobre o deferimento do processo.

CIMEB solicita à COAFE, via SEI, local para infusão.
RILZA VALENTIM, realiza a infusão do medicamento nos pacientes cadastrados na unidade.

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME, prescrição) com seu médico assistente.

NÃO

O CIMEB / RILZA VALENTIM informa ao paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.



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

