

**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 DE FALÊNCIA MEDULAR****PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022****MEDICAMENTOS**

- CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRÁGEA)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- ELTROMBOPAGUE OLAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
- ELTROMBOPAGUE OLAMINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (F.A OU SERINGA PREENCHIDA)
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INEVITÁVEL (POR FRASCO)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Cópia do documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência do paciente ou de seu responsável legal. Se em nome de terceiros, preencher formulário específico;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME) adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normativas vigentes);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido;
- Formulário de acesso aos medicamentos para Síndrome da Falência Medular adequadamente preenchido **OU**
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, tratamento medicamentoso realizado, os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da patologia.

**EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO****Para todos os medicamentos:**

- Biópsia de medula óssea (validade indeterminada).
- Hemograma completo (validade 3 meses).
- FAN (Fator Antinuclear) (validade 12 meses).
- Fator reumatoide (validade 12 meses).
- Anti-HIV (validade 12 meses).
- HBsAg (validade 12 meses).
- Anti-HCV (validade 12 meses).
- Dosagem vitamina B12 (validade 3 meses).
- Dosagem de ácido fólico (validade 3 meses).
- Imunofenotipagem de medula óssea (validade 12 meses).
- Punção e exame citológico (mielograma/medulograma) da medula óssea (validade 12 meses).
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade 1 mês).



## 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

### **Adicionar para pacientes com Anemia Aplástica (AA) (D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, Z94.8) - Ciclosporina, Eltrombopague, Filgrastim\*:**

- Contagem de reticulócitos (validade 3 meses).
- \*A dispensação do medicamento Filgrastim para esses CID-10 será permitida apenas como terapia adjuvante ao tratamento antimicrobiano para pacientes com infecções graves (informar em relatório médico).

### **Adicionar para pacientes com Aplasia Pura de Série Vermelha (D60.0, D60.1) - Ciclofosfamida, Ciclosporina, Imunoglobulina humana:**

- Contagem de reticulócitos (validade 3 meses)
- Tomografia computadorizada de tórax para exclusão de timoma (validade 12 meses).
- EBV e CMV (validade 12 meses).
- **Para imunoglobulina humana, também:**
- Anticorpos Anti-B19 IgM, Biópsia de medula óssea com presença de proeritroblastos vacuolados gigantes OU detecção de DNA-viral por biologia molecular do parvovírus B19 (validade 12 meses).
- Eletroforese de proteínas do sangue (para pacientes com hipoglobulinemia) (validade 12 meses).
- Creatinina (validade 3 meses).

### **Adicionar para pacientes com Neutropenia (D70) - Filgrastim:**

- Hemograma seriados com contagem de neutrófilos (2 vezes por semana durante 3 semanas = 6 hemogramas).

## EXAMES DE MONITORAMENTO

### **Para pacientes com Anemia Aplástica (AA) (D60.8, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8) - Ciclosporina, Eltrombopague, Filgrastim:**

- Para todos os medicamentos: Hemograma, Contagem de reticulócitos, Análise de mielograma, Biópsia de medula óssea e Análise de cariótipo. **Periodicidade:** 6 meses após o início do tratamento, e, posteriormente, anualmente.
- Para Ciclosporina: Nível sérico de ciclosporina, Creatinina, Ureia, Sódio, Potássio, Magnésio. **Periodicidade:** após atingir o nível sérico de ciclosporina esperado, caso o paciente permaneça estável, devem ser reavaliados a cada 4 semanas até completar 6 meses de tratamento.
- Para Eltrombopague: TGO, TGP, Gama Glutamil Transferase (Gama-GT), Fosfatase alcalina e Bilirrubinas. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

### **Para pacientes com Aplasia Pura de Série Vermelha (D60.0, D60.1) - Ciclofosfamida, Ciclosporina, Imunoglobulina humana:**

- Hemograma, Contagem de reticulócitos. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

### **Para pacientes com Neutropenia (D70) - Filgrastim:**

- Hemograma. **Periodicidade:** semanalmente até que a contagem de neutrófilos esteja acima de 1.000/ $\mu$ L. Quando a contagem de neutrófilos dos pacientes estiver estabilizada, deve-se realizar hemograma a cada 1 a 3 meses para reavaliação.

**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

**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.

**UNIDADES DE REFERÊNCIA****Capital e Região Metropolitana****CERPDI - Centro Estadual de Referência as Pessoas com Doença Falciforme RILZA VALENTIM**

End: Av. Centenário nº 813 - Garcia, Salvador - BA, CEP: 40.150-370.

Tel.: (71) 3339-6030 | 3339-6029.

Horário: 7h às 19h.

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

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

End: Rua Dr Augusto Viana, s/n, Canela, Salvador - BA, CEP: 40.110-060.

Tel.: (71) 3646-3833.

Horário: 7h às 17h.

E-mail: farmamn.hupes@ebserh.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)****D60.0 Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica****D60.1 Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória****D60.8 Outras anemias aplásticas especificadas e outras síndromes de falha da medula óssea****D61.0 Anemia Aplástica Constitucional****D61.1 Anemia aplástica induzida por drogas****D61.2 Anemia aplástica devida a outros agentes externos****D61.3 Anemia aplástica idiopática****D61.8 Outras anemias aplásticas especificadas****D70 Agranulocitose****Z94.8 Outros órgãos e tecidos transplantados**

**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/>



**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

**OBSERVAÇÕES**

- Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses de medicamento(s) prescrito(s) e dispensado(s), a adequação de uso desse(s) medicamentos(s) e o acompanhamento pós-tratamento.



## GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

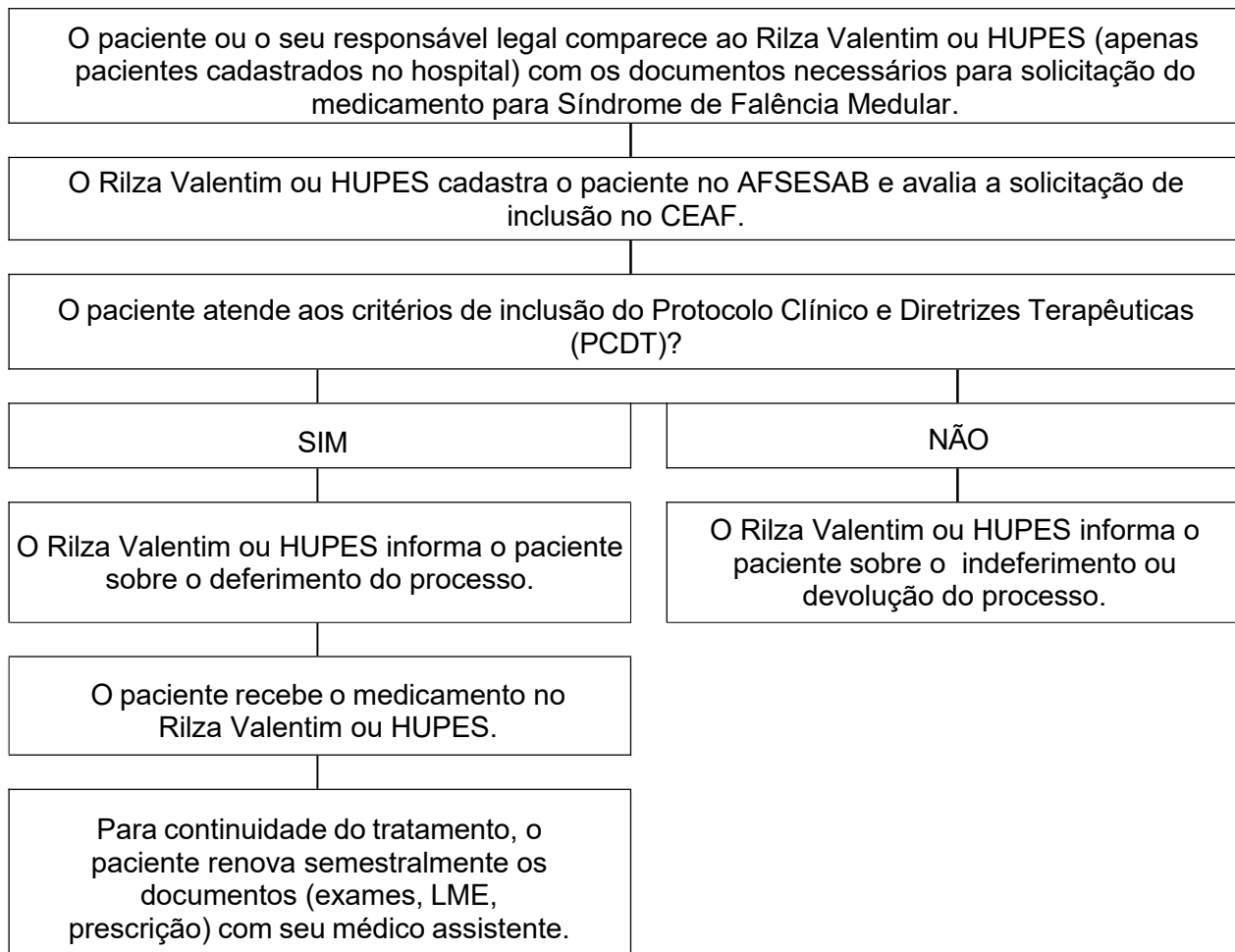
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

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)**

