

**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 - ESPONDILITE ANCILOSANTE**PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018****MEDICAMENTOS**

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ETANERCEPTE 50 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (FRASCO- AMPOLA COM 10 ML)
- METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- SECUQUINUMABE 150MG/ML INJETÁVEL (POR CANETA APLICADORA)
- SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

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 Espondilite Ancilosante adequadamente preenchido **OU**
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, critérios de Nova Iorque ou ASAS, ASDAS ou BASDAI, acometimento axial ou periférico, 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:**

- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade 1 mês).
- Hemograma (validade 3 meses).
- Proteína C reativa (PCR) (validade 3 meses).
- Velocidade de hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses).
- AST/TGO (validade 3 meses).
- ALT/TGP (validade 3 meses).
- Creatinina Sérica (validade 3 meses).
- Taxa de Filtração Glomerular (validade 3 meses).
- Laudo da Radiografia Simples ou Ressonância Magnética de articulações sacroilíacas, bacia, coluna dorsal e lombossacra (validade indeterminada).
- HLA-B27 (validade indeterminada).
- HbsAg (validade 12 meses).
- Anti-HCV (validade 12 meses).
- Anti HBc (Anticorpos IgM contra o antígeno c do HBV) (validade 12 meses).



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

- Anti-HIV (validade 12 meses).

Para MMCD BIOLÓGICOS, também:

- 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).
- Laudo da Radiografia de Tórax (validade 12 meses).

*Exame obrigatório para todos os medicamentos no ato da primeira dispensação.

- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade 1 mês).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para Metotrexato:

- Hemograma, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade:** a cada 3 meses.

Para Sulfassalazina:

- Hemograma, AST/ TGO, ALT/TGP. **Periodicidade:** a cada 3 meses.

Para medicamentos biológicos:

- Hemograma, Creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** a cada 3 meses.

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

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

End: Av. Laurindo Régis, s/n - Parque Solar Boa Vista, Engenho Velho de Brotas - Salvador - BA.

Tel.: (71) 3117-1645 (Whatsapp).

Horário: 7h às 19h (fechamento dos portões às 18h).

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

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

End: Avenida Antônio Carlos Magalhães, s/n. Ao lado do edifício WN, Salvador - BA.

Tel.: (71) 3103-6139 | (71) 99920-9849 (WhatsApp).

Horário: 7h às 17h (farmácia).

mail: creasi.farmacia@saude.ba.gov.br | sesab.creasi@saude.ba.gov.br

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)****M45 Espondilite ancilosante****M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas****M45 Espondilite ancilosante****M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas**

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

- Para atendimento na farmácia do CEAF do HUPES, o paciente deverá estar matriculado no ambulatório do referido Hospital para assistência médica nesta patologia.
- De forma geral, de acordo com o PCDT, a tuberculose latente pode receber tratamento conjuntamente com o uso de anti-TNF após tempo adequado de quimioprofilaxia. Teste tuberculínico, radiografia de tórax e sorologias para hepatites B e C e HIV devem ser repetidos a critério médico.
- Durante o uso de imunossupressores, especialmente os anti-TNF, a eficácia de algumas vacinas, tais como antipneumocócica e contra influenza, pode ser reduzida.
- O uso de vacinas com vírus vivos (vacina oral contra poliomielite – Sabin, sarampo, varicela, febre amarela e bacilo de Calmette-Guerin – BCG) é contraindicado.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

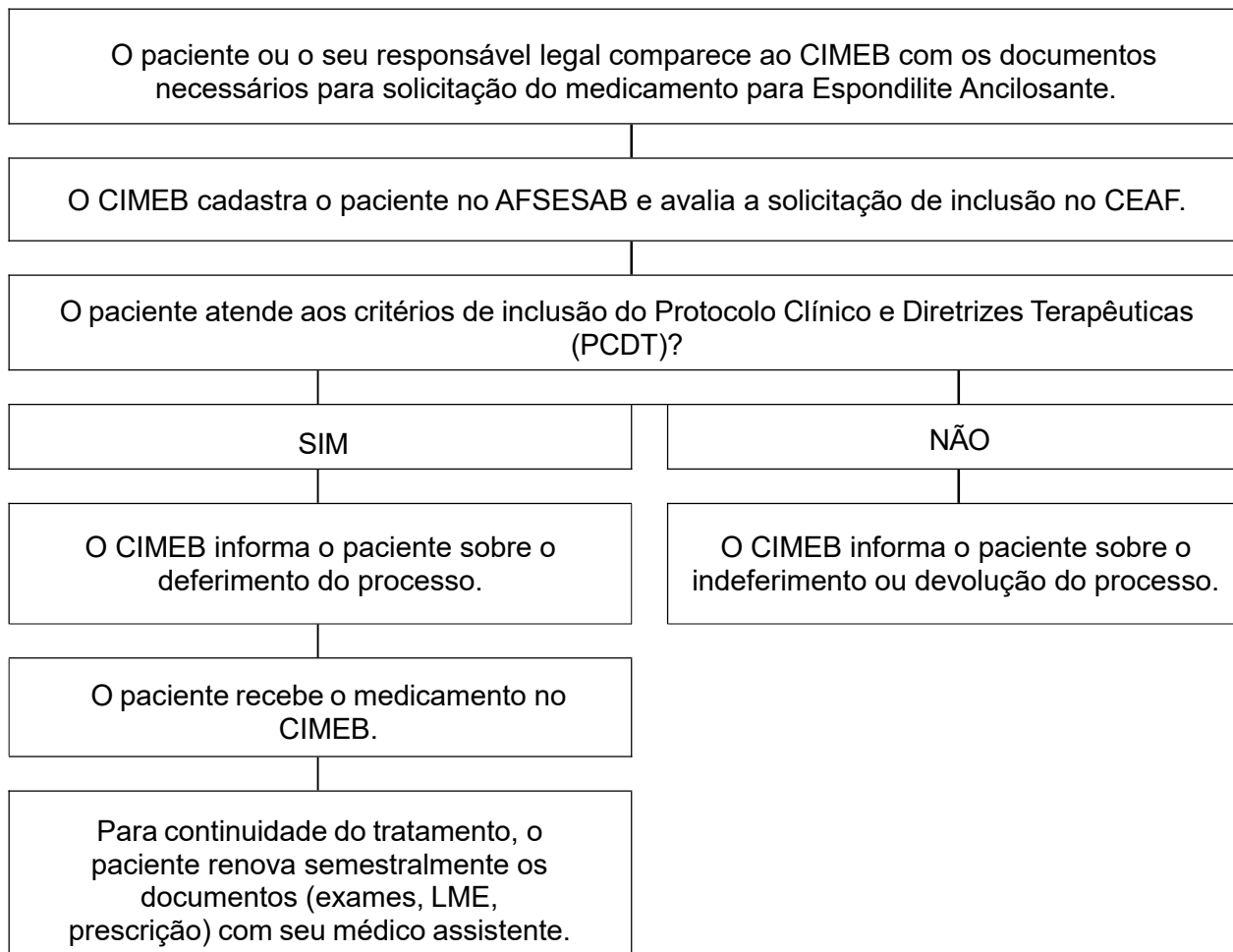
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

Todos os medicamentos





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

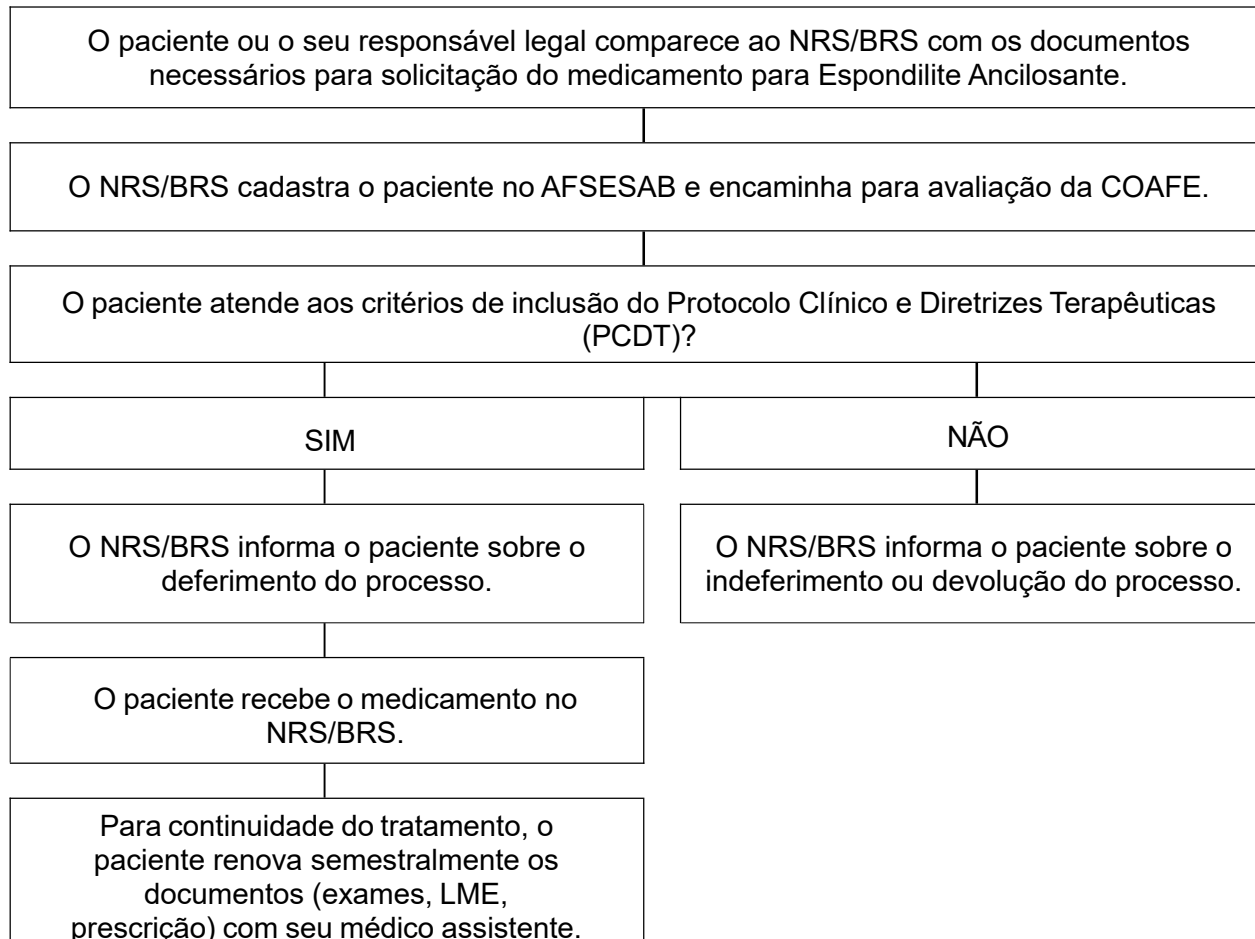
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

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)

MMCD Sintéticos: Metotrexato, Sulfassalazina





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

MMCD Biológicos: Adalimumabe, Certolizumabe, Golimumabe, Infliximabe, Metrotexato Injetável, Secuquinumabe

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Espondilite Ancilosante.

O NRS/BRS cadastra o paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação no CIMEB.

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

SIM

NÃO

O NRS/BRS informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O NRS/BRS informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

Para os biológicos de aplicação subcutânea: o paciente recebe o medicamento no NRS/BRS, mediante apresentação do Termo de Compromisso para administração de medicamentos subcutâneos na primeira dispensação.

Para os biológicos de infusão: o NRS/BRS solicita à COAFE, via SEI, local para infusão.

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