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 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 Angioedema Associado à Deficiência de C1 Esterase (C1-INH) 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 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 1 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.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

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

CEDEBA - Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia
End.: Avenida ACM, S/N (lado ímpar), dentro do Complexo de Atenção à Saúde (CAS) Professor Doutor José Maria de Magalhães Neto - Iguatemi, Salvador - BA.
Tel.: (71) 3103-6039/6040 | (71) 98284-2119 (Whatsapp).
Horário: 7h às 17h.
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)

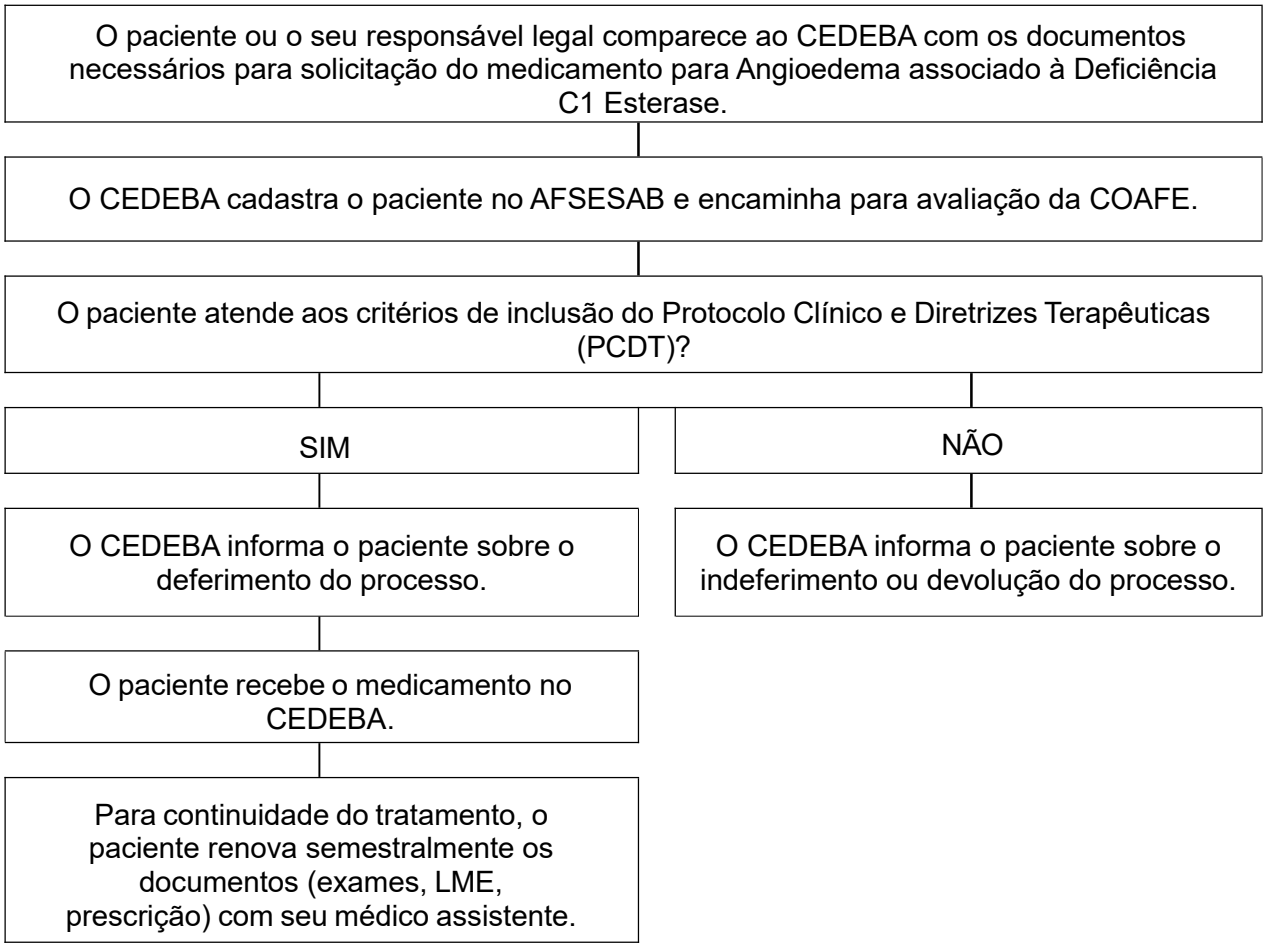
D84.1 Defeito no sistema complemento

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



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

