FLUXO DE ACESSO - IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 04, DE 10 DE JANEIRO DE 2019

MEDICAMENTOS

- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- 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)
- EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)
- MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)
- MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)
- SIROLIMO 1 MG (POR DRÁGEA)
- SIROLIMO 2 MG (POR DRÁGEA)
- TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)
- TACROLIMO 5 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;
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, data do transplante, 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

- Exames histológicos (biópsia hepática com sinais de rejeição) (validade indeterminada).
- Dosagem de Gama-GT(Gama Glutamil Transferase) (validade 3 meses).
- Dosagem de Bilirrubina Direta (validade 3 meses).
- Dosagem de Bilirrubina Indireta (validade 3 meses).
- Dosagem de Bilirrubina Total (validade 3 meses).
- Dosagem de Fosfatase Alcalina (validade 3 meses).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para todos os medicamentos:

- AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, Bilirrubinas, Fosfatase Alcalina, Ureia, Creatinina. ***Periodicidade:*** a critério médico.

Para Azatioprina, também:

- Hemograma. ***Periodicidade:*** 1ª semana após o início do tratamento e após aumento de dose, a critério médico.

Para Ciclosporina, também:

- Níveis Séricos de Ciclosporina, Potássio sérico. ***Periodicidade:*** a critério médico.

Para Sirolimo, também:

- Níveis Séricos de Sirolimo 5-10 ng/mL em caso de aumento de dose. ***Periodicidade:*** a critério médico.

Para Tacrolimo, também:

- Níveis Séricos de Tacrolimo na Imunossupressão Primária (manutenção) e na rejeição. ***Periodicidade:*** a critério médico.

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

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

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

Z94.4 Transplante hepático
T86.4 Falência ou rejeição de transplante de fígado

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

- **Paciente deverá ser atendido em serviço especializado integrante do sistema Nacional de Transplantes.**
- **Pacientes oriundos de outras unidades precisam apresentar: LME, prescrição e relatório médico (com informações dos últimos medicamentos que fez uso e sobre a situação clínica).**
- **Pacientes que foram transferidos de outros estados, solicitar o documento de transferência da unidade de origem e o número da última APAC.**

- **O CEAF disponibilizará o Ganciclovir 250 mg cápsulas.**
- **Fluxo do Ganciclovir 250 mg (cápsulas) para pacientes transplantados:**
- **Pacientes Trasplantados em uso de Ganciclovir, serão atendidos pelo CEAF mediante um Relatório Médico detalhado (informando que o paciente apresentaoCitomegalovirus), datado, assinado e carimbado pelo médico e tambémexamelaboratorial comprovando citomegalovirus.**
- **Prescrição médica com dosagem e posologia, datada, assinada e carimbadapelomédico.**
- **O paciente comparece ao CIMEB para cadastramento da solicitação do medicamento.**
- **CIMEB encaminha a solicitação do paciente por e-mail para avaliação da COAFE.**
- **Se deferido, a COAFE informa o deferimento ao CIMEB e encaminha o pedido para aquisição do medicamento ao setor de compras da DASF.**
- **O paciente recebe o medicamento no CIMEB.**

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao CIMEB com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria.

O CIMEB cadastra o paciente no AFSESAB e avalia a solicitação de inclusão no CEAF.

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

SIM

O CIMEB informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O paciente recebe o medicamento no CIMEB.

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

NÃO

O CIMEB informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

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

