FLUXO DE ACESSO - IMUNOSSUPRESSÃO PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

MEDICAMENTOS

- AZATIOPRINA 50MG (POR COMPRIMIDO)
- CICLOSPORINA 10 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)

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, a data de realização 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

Para todos os medicamentos:

- Biópsia da Medula (nos casos de rejeição aguda) (validade indeterminada).
- Hemograma (validade 3 meses).

Para Azatioprina, também:

- AST/TGO (validade 3 meses).
- ALT/TGP (validade 3 meses).
- Fosfatase alcalina (validade 3 meses).
- Bilirrubinas (validade 3 meses).

Para Ciclosporina, também:

- Glicemia de jejum (validade 3 meses).
- Creatinina (validade 3 meses).
- Colesterol Total (validade 3 meses).
- Triglicerídeos, (validade 3 meses).
- Eletrólitos (Sódio, Potássio) (validade 3 meses).
- AST/TGO (validade 3 meses).
- ALT/TGP (validade 3 meses).
- Fosfatase alcalina (validade 3 meses).
- Bilirrubinas (validade 3 meses).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para todos os medicamentos:

- Hemograma, Glicemia, Colesterol total, Triglicerídeos, Creatinina e Proteinúria.

Para Azatioprina, também:

- Hemograma, plaquetas. ***Periodicidade:*** após início do tratamento e a cada aumento de dose.
- AST/TGO, ALT/TGP. ***Periodicidade***: a critério médico.

Para Ciclosporina, também:

- Nível Sérico de Ciclosporina, Potássio, Creatinina. ***Periodicidade:*** a critério médico.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Continuidade do tratamento:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.

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

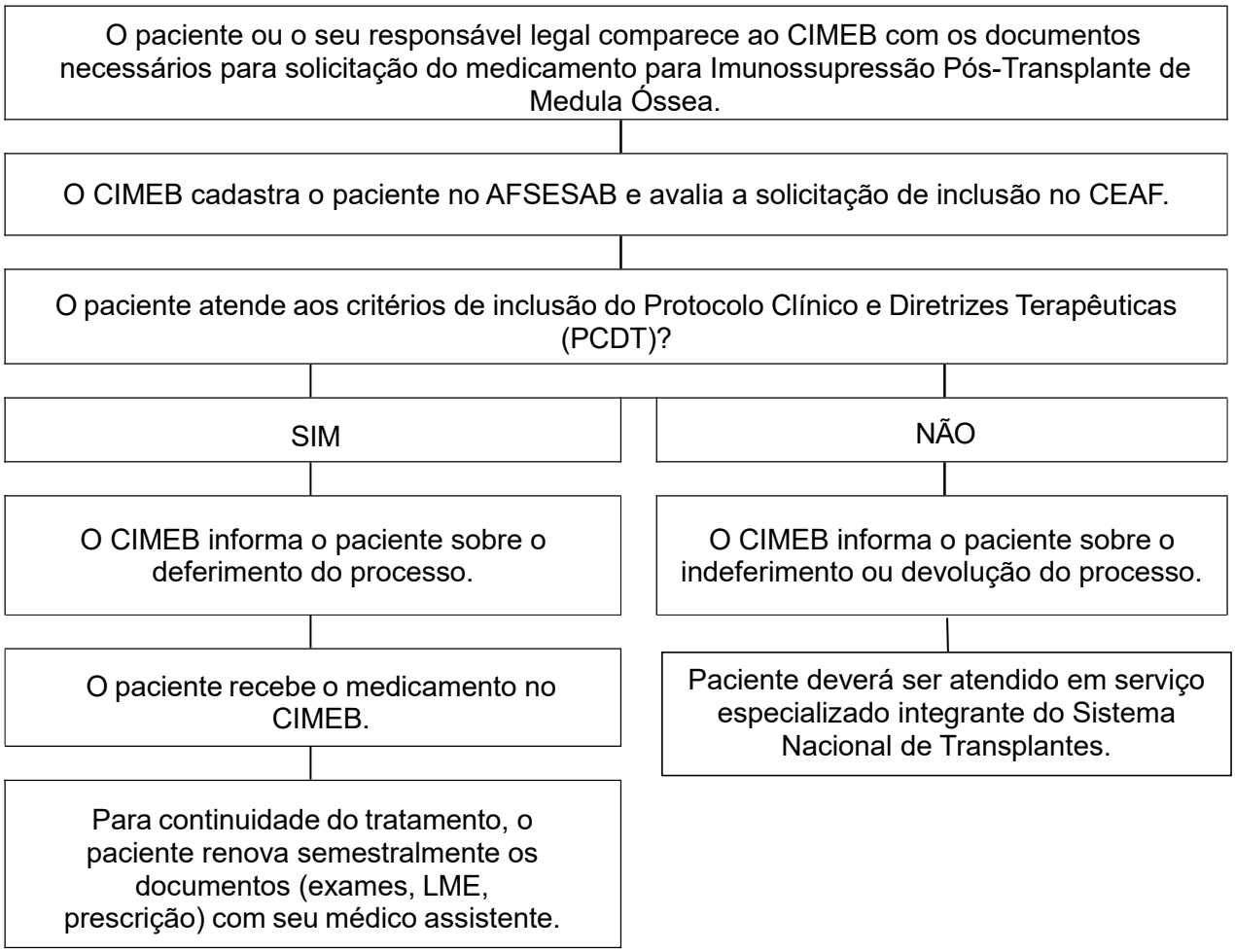
Interior
Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

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

Z94.8: 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/

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

