Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Hepatite Autoimune
PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 9 DE MAIO DE 2018.

MEDICAMENTOS
• AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente; • Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente) • Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido. (renovar SEMESTRALMENTE); • Prescrição médica adequadamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer às normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. (LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018;PORTARIA 344, de 1998;RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; adequadamente preenchido, assinado pelo médico e paciente. • Formulário de acesso ao medicamento para **Hepatite Autoimune,** adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. **OU** • Relatório médico com CID-10, informando detalhadamente: 1. Sinais e sintomas com descrição do escore ERDHAI. 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Hepatite Autoimune.**

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
Para Todos os Casos: • Biopsia Hepática; (validade indeterminada) • Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade 3 meses) • Hemograma Completo (validade 3 meses) • ALT/TGP (validade 3 meses) • AST/TGO (validade 3 meses) • Dosagem de gamaglobulina sérica (validade 6 meses) **ou** • Dosagem de Imunoglobulina G – IgG (validade 6 meses) • Dosagem de anti-HAV IgM (validade 12 meses) • Fator Anti-nuclear (FAN) **ou** anti-LKM1 (validade indeterminada) • Fosfatase Alcalina, (validade 3 meses) • Dosagem do Anticorpo Anti Mitocôndrial (validade 12 meses) • Dosagem de HBsAg (validade 12 meses) • Dosagem de anti-HBc total (validade 12 meses) • Dosagem de HCV (validade 12 meses) • Dosagem de HCV-RNA (Qualitativo) (validade 12 meses) • Dosagem de Bilirrubinas (validade 3 meses) **Exames condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT (a critério médico).** • Dosagem de Anticorpo anti-músculo liso (AML) (validade 12 meses) • Dosagem do antígeno HLA DR3 (validade 12 meses) • Dosagem do antígeno HLA DR7 (validade 12 meses) • Dosagem do anti-SLA/LP (validade 12 meses) • Dosagem de anticorpos anti-neutrófilos padrão perinuclear (ANCAp) (validade 12 meses) • Dosagem de anti-ASGPR (validade 12 meses) • Dosagem de anti-LC1 (validade 12 meses) • Dosagem de anti-sulfatide (validade 12 meses) • Dosagem de anticorpos contra o vírus Epstein-Barr (monoteste) (validade 12 meses) • Dosagem de anticorpos contra o Citomegalovírus (validade 12 meses)

EXAMES DE MONITORAMENTO
• Hemograma. ***Periodicidade****:* semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e no terceiro meses e, após, Mensalmente • AST/TGO, ALT/TGP. ***Periodicidade****:* mesma periodicidade dos hemogramas nos primeiros 6 meses e, após, Trimestralmente.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia
Parque Solar Boa vista
End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40.240-550
Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645
Horário: 07 às 18:00 horas

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

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

K75.4 Hepatite autoimune

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 Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso do medicamento.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

O(a) paciente ou o seu responsável legal comparece ao **CIMEB** com os documentos necessários para solicitação do medicamento para **Hepatite Autoimune.**

O **CIMEB** cadastra o processo do(a) paciente no AFSESAB e avalia a solicitação de inclusão no CEAF.

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

SIM

O **CIMEB** informa o(a) paciente sobre o deferimento do processo.

O(a) paciente recebe o medicamento no **CIMEB.**

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

NÃO

O **CIMEB** informa o(a) 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)

O(a) paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para **Hepatite Autoimune.**

O NRS/BRS cadastra o processo do(a) paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação no CIMEB..

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

SIM	NÃO
O NRS/BRS informa o(a) paciente sobre o deferimento do processo.	O NRS/BRS informa o(a) paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.
O(a) paciente recebe o medicamento no NRS/BRS.	
Para continuidade do tratamento, o(a) paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME, prescrição) com seu médico assistente.	