

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



FARMÁCIA DE ALTO CUSTO

Local: Centro de Especialidades

Horário de Funcionamento: 07h às 16h

Endereço: Rua Henrique Eggert, São Sebastião do Meio – Santa Maria de Jetibá/ES

Telefone: (27) 99891-5994

Email: assistenciafarmaceuticasmj@yahoo.com

Dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Todas as informações referentes à documentação necessária para abertura e renovação de processos, bem como a relação de medicamentos disponíveis, podem ser consultadas no link abaixo:

<https://farmaciacidade.es.gov.br/documentos-abertura-e-continuidade>

Documentação Necessária.

A documentação exigida varia de acordo com o medicamento e protocolo clínico correspondente.

Observação: A tabela de PCDT passa por atualizações regularmente.

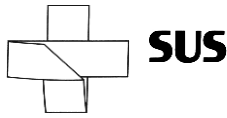


DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

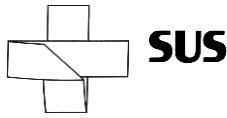
SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ACNE GRAVE (Protocolo MS)</p> <p>Isotretinoína 10mg cáps. (Indisponível – Nota técnica)</p> <p>Isotretinoína 20mg cáps. Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original (LME)- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos e ALT/TGP e AST/TGO (validade 90 dias);- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.- Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente.	<ul style="list-style-type: none">- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: aos 30 dias e, após, trimestral.- BHCG para mulheres em idade fértil. Periodicidade: Mensal.	<p>L70.0 L70.1 L70.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>ACROMEGALIA (Protocolo MS)</p> <p>Cabergolina 0,5mg comp.</p> <p>Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida</p> <p>Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contraindicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (validade 90 dias);- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (validade 180 dias);- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (validade 24 meses);- Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (validade 90 dias).	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). Periodicidade: Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente.	<p>E22.0</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência.</p> <p>PCDT</p>



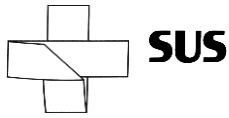
<p>AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA (Protocolo MS)</p> <p>Tafamidis 20mg cáps (acima de 18 anos)</p> <p>Tafamidis 61 mg cáps (acima 60 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de exame genético do gene <i>TTR</i> ou, se possível, biópsia do órgão afetado (sem validade);- Exames laboratoriais: Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria) (validade 90 dias);- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). (Validade 1 ano)- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). <p>Para Tafamidis 20mg, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico, informando (validade 90 dias):<ul style="list-style-type: none">o Sintomatologia apresentada;o Estágio de gravidade da doença segundo a classificação proposta por Coutinho⁸ recomendada pelo PCDT-MS;o Se paciente foi submetido a transplante hepático; <p>Para Tafamidis 61mg, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico, informando (validade 90 dias):<ul style="list-style-type: none">o Sintomatologia apresentada;o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; <p>Obs.: Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico contendo a evolução clínica e adesão ao acompanhamento/tratamento; Periodicidade: semestral.- Exame neurológico clínico com inclusão escalas como Polyneuropathy Disability Score (PND) e avaliação sensitivo-motora pelo Neuropathy Impairment Score (NIS). Periodicidade: semestral.- Exames laboratoriais: ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); Periodicidade: Semestral- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). Periodicidade: anual.	<p>E85.1 (somente para Tafamidis 20mg cáps)</p> <p>E85.0 e E85.8 (somente para Tafamidis 61mg cáps)</p> <p>Neurologista Cardiologista (preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos preferencialmente em serviços especializados ou de referência em doenças raras.</p> <p>PCDT</p>
<p>ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 01/04/2025</p>	<ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina (validade 30 dias);- Hemograma (validade 90 dias);- Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias);- Ferritina Sérica (validade 90 dias);- Creatinina sérica (validade 90 dias);- Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (validade 90 dias).	<ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina e Hematócrito. Periodicidade: Mensal.- Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo. Periodicidade: Trimestral.- Creatinina sérica. Periodicidade: Anual.	<p>N18.0 N18.8</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).</p> <p>PCDT</p>



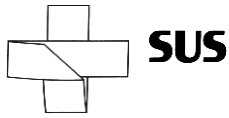
<p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)</p> <p>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Hemograma Completo, Hematócrito e hemoglobina (validade 30 dias);</p> <p>- Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias);</p> <p>- Ferritina sérica (validade 90 dias);</p> <p>- Creatinina Sérica (validade 90 dias);</p> <p>- Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente (validade 90 dias).</p>	<p>- Hemoglobina e hematócrito. Periodicidade: Mensal.</p> <p>- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>N18.0 N18.8</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.</p> <p>PCDT</p>
<p>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50mL)</p> <p>Imunoglobulina humana 2,5g e 5g injetável.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Relato médico em LME quanto aos sintomas sugestivos de AHAI (validade 3 meses)</p> <p>- Hemograma completo; (validade 3 meses)</p> <p>- Exames para comprovação de hemólise: Contagem de reticulócitos ou Dosagem de Desidrogenase láctica (DHL) ou de haptoglobina ou de Bilirrubina (total e frações); (validade 3 meses)</p> <p>- Teste de Coombs; (validade 3 meses)</p> <p>- Exame(s) de detecção de autoanticorpos que comprovem o subtipo da anemia hemolítica autoimune: IgG e/ou C3d na superfície das hemácias; ou IgA com resultados negativos para IgG e C3d; ou pesquisa de crioglutininas; (validade 3 meses).</p> <p>Para ciclofosfamida, acrescentar:</p> <p>- ALT/TGP, AST/TGO, GGT e bilirrubinas (validade 3 meses)</p> <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <p>- Creatinina. (validade 3 meses)</p>	<p>- Hemograma completo. Periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral, ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- ALT/TGP, AST/TGO, GGT e bilirrubinas. Periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina. Periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral.</p> <p>- Dosagem sérica do fármaco. Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Imunoglobulina:</p> <p>- Creatinina. Periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral.</p>	<p>D59.0 D59.1</p> <p>PCDT</p>



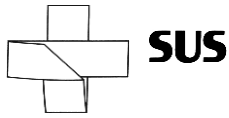
<p>ANGIOEDEMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Ácido tranexâmico 250mg comp.</p> <p>Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de complemento C4 (sem validade);- Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade);- Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade). <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema e situações que contraindiquem o uso do danazol: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfiria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata. (validade 90 dias)	<p>- Ultrassonografia abdominal.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>D84.1</p> <p>Alergista e Imunologista (Preferencialmente).</p> <p>Ac. Tranexâmico - Protocolo Estadual</p> <p>Icatibanto - Protocolo Estadual</p>
<p>ANGIOEDEMA (Protocolo MS)</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Dosagem de complemento C4 (sem validade);</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade);</p> <p>- Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade).</p> <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema e situações que contraindiquem o uso do danazol: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfiria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata.(validade 90 dias)	<p>- Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina;</p> <p>- Colesterol total e frações, triglicerídeos;</p> <p>- Exame qualitativo de urina.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>Angioedema (PCDT)</p>
<p>ARTRITE PSORÍACA (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.</p> <p>Ciclosporina 100mg/ml solução oral (frasco 50 mL)</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Golimumabe 50mg injetável</p>	<p>Para Todos:</p> <p>Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Relato médico detalhado informando as manifestações clínicas do paciente conforme critérios de classificação da artrite psoriásica (CASPAR) (validade 3 meses);o Laudo de imagem (Raios-X ou Ultrassom ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (sem validade); <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Relato médico informando:<ul style="list-style-type: none">• os medicamentos previamente utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização;	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico detalhando a evolução clínica contendo o índice da atividade da doença - MDA ou DAPSA ou LEI ou ASDAS ou PASI.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina.</p> <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p>	<p>M07.0</p> <p>M07.2</p> <p>M07.3</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença.</p> <p>PCDT</p>



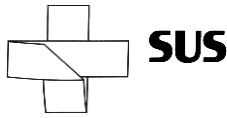
<p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Ixequizumabe 80 mg injetável (indisponível: item ainda não disponibilizado pelo Ministério da Saúde)</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.</p> <p>Naproxeno 250mg comp.</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Tofacitinibe 5mg comp</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (validade 3 meses); <p>o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, Proteína C Reativa (PCR), Velocidade de hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses).</p> <p>Para Metotrexato e Leflunomida, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe e Secuquinumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:<ul style="list-style-type: none">o PPD ou IGRA (validade 1 ano);o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).		
<p>ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS)</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>* atualizado em 10/08/2021</p>	<p>- Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares.</p> <p>(Validade 90 dias).</p>	<p>- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação.</p> <p>Periodicidade: no primeiro mês e após, a cada 6 meses.</p>	<p>M02.3 M02.1 M03.2 M03.6</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente).</p> <p>PCDT</p>
<p>ARTRITE REUMATÓIDE (Protocolo MS)</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI.	<p>M05.0 M05.1</p>



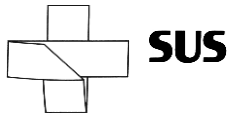
<p>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (acima de 18 anos) (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Baricitinibe 2mg e 4mg comp.</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml – injet.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.</p> <p>Ciclosporina sol. Oral 100mg/ml (frasco 50 mL)</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</p> <p>Golimumabe 50mg – injet.</p> <p>Infliximabe 100mg – injet.</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injet.</p> <p>Naproxeno 500mg comp.</p> <p>Rituximabe 500mg F/A injet.</p> <p>Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p>Tocilizumabe 20mg/ml injet.</p> <p>Tofacitinibe 5mg - comp.</p> <p>Upadacitinibe 15mg - comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">o Laudo de imagem (Raios-X ou Ultrassom ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (sem validade);o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (sem validade). <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Relato médico informando os medicamentos utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização.o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (validade 3 meses).o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS, creatinina (validade 3 meses). <p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</p> <p>- Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p> <p>Para Metotrexato e Leflunomida, acrescentar:</p> <p>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe, acrescentar:</p> <p>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">- PPD ou IGRA (validade 1 ano).- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano).- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano).	<p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP e creatinina.</p> <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p> <p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</p> <p>- Avaliação oftalmológica.</p> <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>M05.2</p> <p>M05.3</p> <p>M05.8</p> <p>M06.0</p> <p>M06.8</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
---	---	--	--



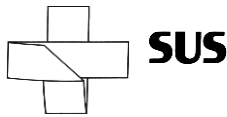
<p>ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS)</p> <p>Abatacepte 250mg injetável – F/A Intravenoso</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.</p> <p>Ciclosporina sol. Oral 100mg/ml (frasco 50 mL)</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</p> <p>Infliximabe 100mg injetável</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</p> <p>Naproxeno 500mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Tocilizumabe 20mg/ml</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Relato médico detalhado informando:</p> <ul style="list-style-type: none">o as manifestações clínicas do paciente;o classificação do subtipo de Artrite Idiopática Juvenil e exames de comprovação de órgãos e sistemas envolvidos;o os medicamentos previamente utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização. <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS, creatinina (validade 3 meses).</p> <p>Para metotrexato e leflunomida, acrescentar:</p> <p>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe, Tocilizumabe, acrescentar:</p> <p>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">- PPD ou IGRA (validade 1 ano);- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p>	<p>M08.0 M08.1 M08.2 M08.3 M08.4 M08.8 M08.9</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
--	---	--	--



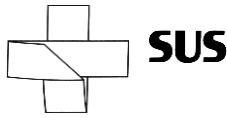
<p>ASMA GRAVE (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200mcg e 400mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</p> <p>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</p> <p>Mepolizumabe 100mg injetável (acima 12 anos)</p> <p>Omalizumabe 75mg e 150mg e seringa preenchida (acima de 6 anos)</p> <p>Recém incorporados, ainda não disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mepolizumabe 40mg injetável (entre 6 a 11 anos)- Benralizumabe 30mg injetável (acima 18 anos)- Dupilumabe 200mg e 300mg seringa preenchida (acima de 6 anos) <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos: - Formulário de inclusão Asma - Espirometria para pacientes acima de 6 anos (validade 180 dias). *ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> <p>Para Benralizumabe e Mepolizumabe: - Hemograma (validade 90 dias); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição.</p> <p>Para Dupilumabe e Omalizumabe: - Hemograma (validade 90 dias); - IgE total (validade 90 dias); - IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. : pacientes abaixo de 12 anos. : pacientes acima de 12 anos.</p>	<p>Para todos: - Espirometria. Periodicidade: A cada dois anos. Exceto para pacientes em uso de imunobiológico, que deve ser anual</p> <p>Para imunobiológicos (Benralizumabe, Dupilumabe, Mepolizumabe e Omalizumabe), acrescentar: - Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período; - ACT do último mês. : pacientes abaixo de 12 anos. : pacientes acima de 12 anos.</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>J45.0 J45.1 J45.8</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente apenas para Imunobiológicos)</p> <p>PCDT</p>
<p>ASMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</p> <p>Montelucaste 4mg comp.</p> <p>Montelucaste 4mg sachê (Indisponível - Nota técnica)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>: Formulário de inclusão para Asma.</p> <p>: Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). *ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p>	<p>- Espirometria. Periodicidade: Anual.</p>	<p>J45.0 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>



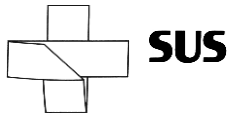
<p>Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos I e II (Protocolo MS)</p> <p>Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável</p> <p>Risdiplam 0,75 mg/mL – pó para solução oral</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*atualizado em 18/07/2023</p>	<ul style="list-style-type: none">- Para abertura de processo:<ul style="list-style-type: none">o Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade);o Laudo médico informando a evolução clínica, as condições de nutrição e hidratação atuais do paciente e se paciente for:<ul style="list-style-type: none">▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME;▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias);o Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias);o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS)- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:<ul style="list-style-type: none">o Relatório médico descrevendo os motivos para substituição do medicamento, conforme os critérios do PCDT-MS (validade 90 dias)o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS)	<p>- Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Periodicidade: trimestral.</p> <p>- Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Periodicidade: trimestral.</p>	<p>G12.0 G12.1</p> <p>Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)</p> <p>PCDT</p>
<p>COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico descrevendo o quadro clínico do paciente em LME;- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica (validade 3 meses)- Exames que documentem dois dos critérios abaixo:<ul style="list-style-type: none">- Duas dosagens séricas com valores acima do referência de fosfatase alcalina (FA) e/ou gama GT com intervalo mínimo de 6 meses (sem validade);- Presença de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) (sem validade);- Biópsia Hepática de colangite destrutiva não-supurativa (sem validade).	<p>- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; Periodicidade: semestral no primeiro ano, após anual.</p>	<p>K74.3</p> <p>Gastroenterologista Nutrólogo Proctologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia.</p> <p>PCDT</p>



<p>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Ter idade maior ou igual a 5 anos;</p> <p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC;</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações;</p> <p>-Triglicerídeos;</p> <p>-Glicemia de jejum.</p> <p>(Validade 90 dias).</p>	<p>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. Periodicidade: em 3, 6 e 12 meses.</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações;</p> <p>- Triglicerídeos;</p> <p>- Glicemia de jejum;</p> <p>- Hemograma completo;</p> <p>- Prolactina. Periodicidade: em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p>	<p>F84.0 / F84.1 F84.3 / F84.5 F84.8</p> <p>Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).</p> <p>PCDT</p>
<p>DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE (Protocolo MS)</p> <p>Biotina 2,5 mg caps.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Teste laboratorial por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase.(sem validade); ou</p> <p>- Teste colorimétrico qualitativo em cartão de papel-filtro da atividade de biotinidase (resultado da triagem neonatal) (sem validade).</p>	<p>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral</p>	<p>E88.9</p> <p>PCDT</p>
<p>DERMATITE ATÓPICA (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p><u>Recém incorporados, ainda não disponíveis:</u></p> <p>- Dupilumabe 200 e 300 mg sol. inj (6 meses a < 12 anos)</p> <p>- Metotrexato 2,5 mg comprimido</p> <p>- Metotrexato 25 mg/mL solução injetável</p> <p>- Tacrolimo 0,3 mg/g e 1 mg/g pomada (acima de 2 anos)</p> <p>- Upadacitinibe 15 mg comp (12 anos a <18 anos)</p>	<p>- Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica</p> <p>- Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia.</p> <p>Para ciclosporina e metotrexato, acrescentar:</p> <p>- Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina (validade 90 dias);</p> <p>Para Dupilumabe e Upadacitinibe, acrescentar:</p> <p>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</p> <p>PPD ou IGRA (validade 1 ano);</p> <p>Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);</p> <p>- Upadacitinibe, acrescentar:</p> <p>Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK) (validade 90 dias).</p>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica contendo a pontuação atualizada da escala de avaliação da gravidade da doença e da Qualidade de Vida Dermatológico. Utilizar as mesmas escalas mencionadas no início de tratamento. Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Ciclosporina e Metotrexato:</p> <p>- Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina. Periodicidade: aos 30 dias e após trimestral.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <p>- Hemograma, creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina Periodicidade: 30 dias e após trimestral.</p> <p>Para Upadacitinibe:</p> <p>- Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, Colesterol total e frações,</p>	<p>L20.0 L20.8</p> <p>Alergologista Dermatologista (Exclusivamente somente para Dupilumabe ou Upadacitinibe)</p> <p>PCDT</p>



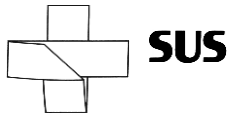
<p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 07/01/2026</p>	<p>HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);</p>	<p>triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK). Periodicidade: 30 dias e após trimestral</p>	
<p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPIUITARISMO (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4UI e 12UI F/A</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Idade cronológica maior que 02 anos;- Idade, peso e altura atuais;- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;- Estadiamento puberal de Tanner;- Altura dos pais biológicos;- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver (validade 90 dias);- Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea;- IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (validade 24 meses);- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. <p>Formulário Teste Provocativo Somatropina</p> <p>- Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste.</p> <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da	<p><u>Para crianças e adolescentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Peso e estatura. Periodicidade: Semestral.- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. Periodicidade: Anual.- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose. <p><u>Para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem de IGF-1. Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. Periodicidade: Anual.- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrofica. Periodicidade: Anual.	<p>E23.0</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.</p> <p>PCDT</p>



	<p>deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver;</p> <ul style="list-style-type: none">- IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias);- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (validade 90 dias);- Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (validade 24 meses);- Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon);- Densitometria óssea (validade 12 meses).		
<p>DIABETES INSÍPIDO (Protocolo MS)</p> <p>Desmopressina 0,1mg e 0,2 mg comp (Indisponível – ofício circular nº 39/2022/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS)</p> <p>Desmopressina 0,1mg/ml spray nasal</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando diagnóstico de Diabetes Insípido central- Dosagem de volume urinário em 24 hs (validade 3 meses)- Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina:<ul style="list-style-type: none">• Osmolalidade plasmática;• Sódio plasmático;• Osmolalidade urinária. (Validade 3 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a evolução clínica do paciente quanto ao controle da noctúria e do volume urinário ao longo do dia Periodicidade: semestral.- Dosagem de volume urinário em 24 hs e sódio plasmático. Periodicidade: semestral até estabilização, após anual.	<p>E23.2</p> <p>Endocrinologista Nefrologista (Exclusivamente) PCDT</p>
<p>DIABETE MELITO TIPO 2 (Protocolo Estadual)</p> <p>Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3 mL) (paciente acima de 2 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia capilar de jejum (validade 3 meses);- Hemoglobina glicada (validade 3 meses);- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 6 meses).- Formulário para solicitação de insulina glargina 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condições clínica	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias. Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.	<p>E10 / E11 E10.1 / E11.2 E10.2 / E11.3 E10.3 / E11.4 E10.4 / E11.5 E10.5 / E11.6 E10.6 / E11.7 E10.7 / E11.8 E10.8 / E11.9 E10.9</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>DIABETE MELITO TIPO I (Protocolo MS)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum (validade 3 meses);- Hemoglobina glicada (validade 3 meses);- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30	<ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas,	<p>E10.0 / E10.5 E10.1 / E10.6 E10.2 / E10.7 E10.3 / E10.8 E10.4 / E10.9</p>



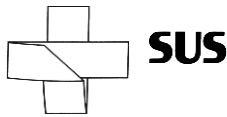
<p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA: Lispro 100 UI/ML (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos)</p> <p>Asparte 100 UI/ML (caneta de 3ML) (paciente entre 1 de 3 anos)</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA: Insulina Glargina 100 UI/mL (Tubete de 3mL) + Caneta Reutilizável (Paciente acima de 2 anos)</p> <p>Insulina Degludeca 100UI/mL (Caneta de 3 mL) (Pacientes entre 1 e 2 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>dias (validade 3 meses).</p> <p>- Formulário para solicitação de análogos de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica.</p>	<p>semestralmente.</p> <p>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias. Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</p>	<p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS)</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 28/02/2024</p>	<p>- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados;</p> <p>- Hemoglobina glicada (validade 3 meses); - Glicemia em jejum (validade 3 meses); - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 3 meses);</p>	<p>- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum</p> <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina</p> <p>Periodicidade: anual</p>	<p>E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Nicotínico 500mg comp lib prol</p> <p>Atorvastatina 10mg, 20mg, 40mg e 80mg comp.</p> <p>Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.</p> <p>Ciprofibrato 100mg comp.</p> <p>Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação</p>	<p>- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias); - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Atorvastatina: Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina. (validade 90 dias)</p> <p>Genfibrozila Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para</p>	<p>- CPK, TGO e TGP. Periodicidade: semestral ou sempre que houver ajuste de dose.</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo Periodicidade: anualmente.</p>	<p>E78.0 / E78.1 E78.2 / E78.3 E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8</p> <p>Endocrinologista Cardiologista* (Preferencialmente)</p> <p>* Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina</p>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>retardada.</p> <p>Genfibrozila 600mg comp. (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 07/01/2026</p>	<p>genfibrozila. (validade 90 dias). e</p> <p>- Caso paciente apresente triglicérideo > 200mg/dL e HDL < 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (validade 90 dias)</p> <p>Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato: Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (Validade 90 dias)</p> <p>Para Ácido nicotínico: Laudo médico que contemple a indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contraindicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos. (Validade 90 dias)</p>		<p>para pacientes infectados pelo HIV.</p> <p>PCDT</p>
<p>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p>	<p>-</p>	<p>G24.3 G24.4 / G24.5 G24.8 G51.3 / G51.8</p> <p>Neurologista Ortopedista Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.</p> <p>PCDT</p>



**DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL
CRÔNICA
(Protocolo MS)**

Calcitriol 0,25mcg cápsula

Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido

**Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg
de pó liofilizado para solução injetável**

**Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de
solução**

Sevelâmer 800mg comprimido

[Documentação para abertura](#)

*atualizado em 23/03/2026

Para Sevelâmer:

Adultos

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, se apresenta contraindicação aos quelantes de fósforo à base de cálcio (enviar exame comprobatório) e se acompanha com nutricionista (validade 90 dias);
- Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias).

Crianças e adolescentes

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica, se acompanha com nutricionista e se faz uso de quelantes de fósforo à base de cálcio (validade 90 dias);
- Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias);
- Cálcio sérico total ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias);

Para Calcitriol/Paricalcitol:

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias);
- Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias);
- Cálcio sérico total ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias);
- PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).

Para Cinacalcete:

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva, e se foi submetido ao transplante renal (validade 90 dias);
- Albumina (validade 90 dias);
- Cálcio sérico total ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias);
- PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).

Para Desferroxamina:

Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:

- Alumínio (**validade 90 dias**) OU

- Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia (**validade 90 dias**).

Para Sevelâmer:

- Fósforo sérico;
- Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.

Para Calcitriol:

- Cálcio sérico total ou iônico;
- Fósforo sérico;
- Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.
- PTH.
- Periodicidade: 90 dias.

Para Paricalcitol:

- Cálcio sérico total ou iônico;
- Fósforo sérico;
- Periodicidade: 30 dias.
- PTH.
- Periodicidade: 90 dias.

Para Cinacalcete:

- Cálcio sérico total ou iônico;
- Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados.
- PTH.
- Periodicidade: 90 dias.

Para Desferroxamina:

- Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica.
- Periodicidade: Anual.

N18.2

N18.3

N18.4

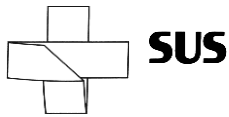
N18.5

N25.0

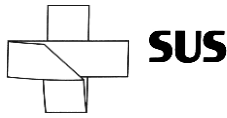
Nefrologista
(Exclusivamente)

Devem ser atendidos em serviços
especializados.

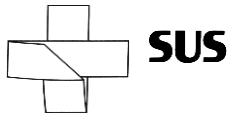
[PCDT](#)



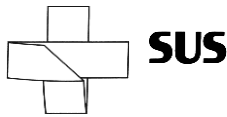
	<p><u>Para realização do tratamento da intoxicação aluminica:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Alumínio sérico (validade 90 dias);- Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (sem validade);- Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica (validade 1 ano).		
<p>DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS)</p> <p>Donepezila 5mg e 10mg comp</p> <p>Galantamina 8mg, 16mg e 24mg cáps de liberação prolongada</p> <p>Memantina 10mg comp</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsulas</p> <p>Rivastigmina solução oral 2mg/mL frasco</p> <p>Rivastigmina 9mg (5cm²) e 18mg (10cm²) adesivo transdérmico</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo (validade 24 meses)○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (validade 90 dias)○ Sorologia: VDRL e Anti-HIV (validade 1 ano) <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <p>Mini exame do Estado Mental (MEEM) (validade 90 dias)</p> <p>Avaliação Clínica Da Demência - CDR (validade 90 dias)</p> <p>Se a substituição for para iniciar o uso da Memantina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina.	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Galantamina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Memantina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina. <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>F00.0 F00.1 F00.2 G30.0 G30.1 G30.8</p> <p>Neurologista Geriatra Psiquiatria (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>



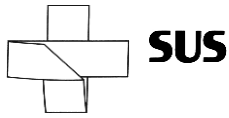
<p style="text-align: center;">DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</p> <p style="text-align: center;">Adalimumabe 40mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p style="text-align: center;">Azatioprina 50mg comp.</p> <p style="text-align: center;">Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável. (Acima de 18 anos)</p> <p style="text-align: center;">Infliximabe 100mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p style="text-align: center;">Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</p> <p style="text-align: center;">Metotrexato 25mg/mL injetável.</p> <p style="text-align: center;">Sulfasalazina 500mg comp.</p> <p style="text-align: center;">Documentação para abertura</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses);- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (validade 3 meses);- Laudo dos exames (validade 1 ano):<ul style="list-style-type: none">o Endoscópico (colonoscopia); ou radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); ou anátomo-patológico; ou cirúrgico. <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 3 meses). <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:<ul style="list-style-type: none">o PPD ou IGRA (validade 1 ano);o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses);o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.- Para substituição/troca entre eles:<ul style="list-style-type: none">o Relato médico detalhando os sintomas clínicos;o Índice de Harvey-Bradshaw (IHB);o Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano). <p style="text-align: center;">Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). <p>Periodicidade: Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO, creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia).- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).	<p style="text-align: center;">K50.0 K50.1 K50.8</p> <p style="text-align: center;">Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p style="text-align: center;">PCDT</p>
--	--	--	---



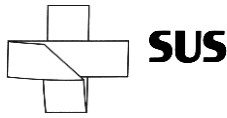
<p>DOENÇA DE POMPE (Protocolo MS)</p> <p>ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG INJETÁVEL</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 03/08/2022</p>	<p>- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida</p> <p>Exame laboratorial:</p> <p>- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida em fibroblastos ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; ou</p> <p>- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:</p>	<p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento</p> <p>Periodicidade: semestral</p> <p>- Laudo fonoaudiológico - Laudo de pneumologista - Ecocardiograma.</p> <p>Periodicidade: anual</p>	<p>E74.0</p> <p>PCDT</p>
--	---	--	---



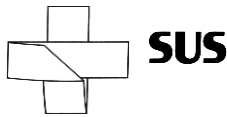
<p>DOENÇA DE FABRY (Protocolo MS)</p> <p>Alfagalsidase 1mg/mL F/A (acima de de 7 anos)</p> <p>Betagalsidase 35 mg F/A (acima de de 7 anos)</p> <p>Documentação de abertura</p> <p>*Atualizado em 27/01/2025</p>	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma (sem validade)- Cópias dos exames:<ul style="list-style-type: none">o Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum (validade 90 dias); eo Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. (validade 90 dias) <p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para homens com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame da atividade da enzima αGAL-A; (sem validade) ouo Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A (sem validade).- Para mulheres com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A; (sem validade) ouo Laudo de exame genético familiar que documente ser paciente heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da αGAL-A; (sem validade) ouo Comprovação de ao menos uma das alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF:<ul style="list-style-type: none">▪ aumento na excreção urinária de GL-3; ou evidência histológica de acúmulo de GL-3), associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF (angioqueratoma confirmado por biópsia ou córnea verticilata) (sem validade)- Para crianças (7 a 17 anos):<ul style="list-style-type: none">o relato médico informando o diagnóstico clínico do paciente, detalhando as manifestações e sintomas da doença (validade 90 dias); ouo Laudo de biópsia renal demonstrando lesão podocitária (sem validade)	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma <p>Periodicidade: anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum; <p>Periodicidade: anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E75.2</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em genética.</p> <p>PCDT</p>
--	---	--	--



<p style="text-align: center;">DOENÇA DE GAUCHER (Protocolo MS)</p> <p style="text-align: center;">Imiglucerase 400 U injetável F/A</p> <p style="text-align: center;">Alfavelaglicerase 400 U injetável F/A</p> <p style="text-align: center;">Alfataliglicerase 200 U injetável F/A</p> <p style="text-align: center;">Miglustate 100mg cáps.</p> <p style="text-align: center;">Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Laudo médico informando: Diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3 com descrição das manifestações clínicas associadas;</p> <p>Medida do tamanho do fígado e do baço;</p> <p>Descrição do(s) critério(s) atendidos pelo paciente para indicação da Terapia de Reposição Enzimática; (validade 3 meses)</p> <p>- Exames de comprovação diagnóstica: Exame genético; OU</p> <p>Exames bioquímicos da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos associado ao diagnóstico molecular ou do aumento significativo da quitotriosidase; (sem validade)</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, Ferritina, GGT tempo de protrombina e vitamina B12 (validade 3 meses);</p> <p>Para Miglustate, acrescentar:</p> <p>- Laudo médico informando: Presença de quadro clínico instável apesar do uso da TER; ou</p> <p>Condição médica que contraindique o uso de TER (validade 3 meses)</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p>- Laudo médico informando a adesão ao tratamento (frequência de administração do medicamento e de participação em consultas médicas) e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do tamanho do fígado e baço. Periodicidade: semestral.</p> <p>- Hemograma completo. Periodicidade: semestral.</p> <p>- AST/TGO, ALT/TGP, Ferritina, GGT tempo de protrombina e vitamina B12. Periodicidade: Anual.</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p style="text-align: center;">E75.2</p> <p style="text-align: center;">PCDT</p>
--	--	--	---



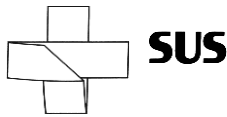
<p>DOENÇA DE PAGET (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Risedronato 35mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Laudo médico detalhando a clínica do paciente, descrevendo, quando presente, a sintomatologia apresentada (validade 6 meses);</p> <p>- Exame de imagem (cintilografia óssea ou radiografia simples ou Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética do crânio e ossos longos) comprovando o Diagnóstico da doença (validade 1 ano);</p> <p>- Fosfatase Alcalina, PTH, Cálcio sérico, Vitamina D, AST/TGO, ALT/TGP, Bilirrubina total e frações (validade 90 dias);</p> <p>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);</p> <p>Para ácido zoledrônico:</p> <p>- Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias).</p>	<p>- Fosfatase Alcalina e cálcio sérico;</p> <p>Periodicidade: Semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>DOENÇA DE PARKINSON (Protocolo MS)</p> <p>Amantadina 100mg comp</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp</p> <p>Entacapona 200mg comp</p> <p>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp</p> <p>Rasagilina 1mg comp</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cáps.</p> <p>Rivastigmina 9mg e 18mg adesivo transdérmico</p> <p>Rivastigmina 2mg/mL sol. oral</p> <p>Triexifenidil 5mg comp* (*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu fornecimento deverá aguardar</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Relato médico sobre a clínica do paciente confirmando o diagnóstico de parkinson, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte (validade 90 dias).</p> <p>Para Amantadina:</p> <p>- Ureia e creatinina (validade 90 dias).</p> <p>Para Clozapina:</p> <p>- Hemograma completo (validade 90 dias).</p> <p>Para Rivastigmina:</p> <p>- Relato médico informando data de início da Doença de Parkinson;</p> <p>Mini exame do estado mental (validade 90 dias)</p> <p>Avaliação Clínica Da Demência - CDR (validade 90 dias)</p> <p>- Exames que documentem o diagnóstico a demência na Doença de Parkinson:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomografia computadorizada ou Ressonância	<p>Para Amantadina:</p> <p>- Ureia, creatinina.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Clozapina:</p> <p>- Hemograma completo.</p> <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Entacapona:</p> <p>- ALT/TGP, AST/TGO.</p> <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 6 meses. Após, semestral</p> <p>Para Rivastigmina:</p> <p>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>G20</p> <p>Neurologista Geriatra (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>



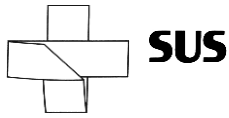
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>finalização de processo licitatório).</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>magnética do encéfalo (validade 24 meses)</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (validade 90 dias)• Sorologia: VDRL e Anti-HIV (validade 1 ano)		
<p>DOENÇA DE WILSON (Protocolo MS)</p> <p>Penicilamina 250mg cápsula</p> <p>Trientina 250mg cápsula</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Formulário para Avaliação para Doença de Wilson</p> <p>Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.</p>	<p>Para todos: - Dosagem de cobre urinário de 24h. Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. - Dosagem de cobre sérico livre Periodicidade: Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral</p> <p>Para Penicilamina, acrescentar: - TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Trientina, acrescentar: - Ferritina sérica Periodicidade: semestral</p>	<p>E83.0</p> <p>Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.</p> <p>PCDT</p>
<p>DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola) (acima de 18 anos)</p> <p>Hidroxiuréia cáps de 500mg</p> <p>Hidroxiuréia comp de 100mg</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos: Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ este de fracionamento da hemoglobina por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), eletroforese de hemoglobina, focalização isoeletrica (IEF) ou detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (sem validade) <p>Para Hidroxiuréia, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo com contagem de reticulócitos, (validade 90 dias)- Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias)- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Alfaepoetina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma (validade 90 dias);- informação médica sobre o uso de Hidroxiuréia;	<p>Para hidroxiuréia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma e contagem de reticulócitos. <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose, sendo, neste caso, necessário acrescentar receituário médico e relato médico da alteração de dose em LME;</p> <ul style="list-style-type: none">- Em pacientes com sorologia positiva para hepatites B e C: Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta HCG (mulheres em idade fértil). <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma <p>Periodicidade: mensal nos primeiros seis meses. Após, trimestral.</p>	<p>D57.0 D57.1 D57.2</p> <p>Hematologista Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



	<p>- informação sobre a presença de um dos critérios: presença de síndrome de hiper hemólise ou necessidade de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL ou que apresente uma redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal documentado por exame.</p>		
<p>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p>	<p>1. Idade inferior ou igual a 12 anos;</p> <p>2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:</p> <p>2.1. <u>Crianças com idade < 18 meses</u>: quantificação do RNA viral plasmático e detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida;</p> <p>2.2- Crianças com idade > 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos;</p> <p>3. Para HIV: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;</p> <p>4. Para púrpura trombocitopênica: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.</p>	<p>- Creatinina, TGO e TGP. Periodicidade: Semestral.</p>	<p>B20.0 – B20.1 B20.2 – B20.3 B20.4 – B20.5 B20.6 – B20.7 B20.8 – B20.9 B22.0 – B22.1 B22.2 - B22.7 B23.0 – B23.1 B23.2 – B23.8 B24</p> <p>Pediatra ou Infetologista (Preferencialmente)</p> <p>Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.</p>
<p>DPOC (Protocolo MS)</p> <p>Budesonida 200 mcg cáps inal ou pó para inalação</p> <p>Budesonida 400 mcg cáps para inalação</p> <p>Fenoterol 100 mcg/dose sol aerossol (indisponível: atualmente sem demanda)</p> <p>Formoterol 12 mcg cáps ou pó para inalação</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200 mcg e 12+400 mcg cáps ou pó para inalação</p>	<p>Exigido para comprovação diagnóstica (1ª solicitação): Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC</p> <p>Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (validade 12 meses);</p> <p>Se associação LABA + LAMA + ICS, acrescentar: Hemograma (validade 3 meses).</p>	<p>- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispnéia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Para Budesonida, Formoterol + Budesonida e associação LABA + LAMA + ICS: Hemograma. Periodicidade: Semestral</p>	<p>J44.0 J44.1 J44.8</p> <p>Para associação LABA + LAMA ou LABA + LAMA + ICS Pneumologista (exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



Associação LABA + LAMA:

Umeclidínio + Vilanterol (62,5 + 25) mcg pó para inalação

Tiotrópio + Olodaterol (2,5+2,5) mcg sol para inalação

Associação LABA + LAMA + ICS:

Furoato de Fluticasona + Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol (100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg pó para inalação oral

(Indisponível: item ainda não disponibilizado)

Dipropionato de Beclometasona + Fumarato de Formoterol di-hidratado + Brometo de Glicopirrônio 100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg solução aerossol para inalação oral

[Documentação para abertura](#)

Exigido para substituição/troca de medicamentos:

- Para todos:

Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC (link).

- Para **Tiotrópio + Olodaterol**, acrescentar:

Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (**validade 12 meses**).

- Para Associação **LABA + LAMA + ICS**, acrescentar:

Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (**validade 12 meses**);

Hemograma completo (**validade 3 meses**).

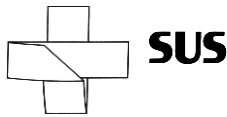
Atenção: Exames adicionais podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora, como por exemplo:
Dosagem de alfa-1-antitripsina;

Exame de imagem do tórax.

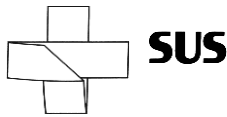
* Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.



<p>DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</p> <p>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp. Metadona 5mg e 10mg comp.</p> <p>Morfina 10mg e 30mg comp.</p> <p>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</p> <p>Naproxeno 500 mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <p>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando: * os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um; * Localização, duração, intensidade e tipo de Dor (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista). Preferencialmente, por meio de escalas que melhor se adapte ao paciente descritas no apêndice A do PCDT-MS</p> <p>Para Naproxeno (acrescentar):</p> <p>- Relato médico em LME informando diagnóstico de Osteoartrite de joelho e/ou de quadril.</p> <p>* Validade 90 dias.</p>	<p>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, uréia, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides. Periodicidade: anual.</p>	<p>R52.1 e R52.2 (todos exceto Naproxeno)</p> <p>M16 / M16.0 M16.1 / M16.4 M16.5 / M16.6 M16.7 / M16.9 M17 / M17.0 M17.1 / M17.2 M17.3 / M17.4 M17.5 / M17.9 (Somente Naproxeno)</p> <p>PCDT</p>
<p>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</p> <p>Tramadol 50mg caps. (Acima de 16 anos)</p>	<p>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um.</p> <p>- Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor).</p> <p>* Validade 90 dias.</p>	<p>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral</p>	<p>M15.3 / M19.9 M18.9 / M18.2 M19.1 / M18.0 M19.0 / M25.5 M79.6 / M54.5 M54.6 / R52.9 M54.9 / M43.9 M53.9 / M79.0</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>ENDOMETRIOSE (Protocolo MS)</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg</p> <p>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</p>	<p>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</p> <p>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</p>	<p>Para Danazol:</p> <p>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina;</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>N80.0/ N80.1/ N80.2 N80.3/ N80.4/ N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>PCDT</p>



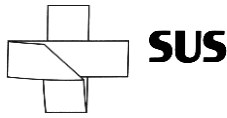
<p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado 29/12/2025</p>			
<p>ENXAQUECA (Critério de uso – Estadual)</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p>	<p>- Paciente maior de 18 anos;</p> <p>- Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</p> <p>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes).</p> <p>* Validade 90 dias.</p>	<p>- Apresentação de diário de cefaléia e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>G43 G43.0 G43.1 G43.3 G43.9</p> <p>Neurologista</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>EPILEPSIA (Protocolo MS)</p> <p>Clobazam 10mg</p> <p>Clobazam 20mg comp.</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cáps.</p> <p>Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL</p> <p>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Levetiracetam 250mg, 500mg, 750mg e 1000mg comp.</p> <p>Levetiracetam 100 mg /ml solução oral (frasco de 100ml ou de 150 ml)</p> <p>Primidona 100mg comp.</p> <p>Vigabatrina 500mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Diário de registro de crises (validade 90 dias)</p>	<p>- Diário de registros de crises.</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5/ G40.6/ G40.7/ G40.8</p> <p>Neurologista Psiquiatra Geriatra (Preferencialmente)</p> <p>Exige especialidades de acordo com a clínica do paciente: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: podem controlar com monoterapia as crises epiléticas de 50% dos pacientes; Neurologistas e neurologistas pediátricos: podem controlar mais 20% dos pacientes; Epileptologistas, neurocirurgiões e equipe: avaliação para confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico de epilepsia; Neurologista pediátrico, neurologista, pediatra, nutrólogo, nutricionista: avaliação para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento com a dieta cetogênica.</p>



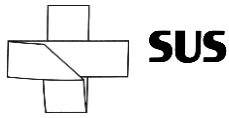
			PCDT
<p>EPILEPSIAS REFRAATÁRIAS ÀS TERAPIAS DISPONÍVEIS NO SUS PARA SÍNDROME DE DRAVET, LENNOX-GASTAUT E NO COMPLEXO DE ESCLEROSE TUBEROSA (Protocolo Estadual)</p> <p>Disponível: Canabidiol (CBD) 200mg/mL- frasco 30 ml (idade acima de 2 anos)</p> <p>Disponibilidade conforme Nota Técnica Documentação para abertura</p>	<p>- Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de Dravet, Lennox-Gastaut e no complexo de esclerose;</p> <p>- Relato médico (LME ou em laudo à parte) com descrição detalhada das crises e histórico médico, e do tratamento medicamentoso realizado;</p> <p>- Diário de crises (validade 90 dias).</p> <p>- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO (validade 3 meses).</p> <p>- Exames de imagem (sem validade):</p> <ul style="list-style-type: none">o Laudo de Eletroencefalograma compatível com achados com síndromeo Lennox-Gastaut ou síndrome de Dravet; <u>OU</u>o Laudo de Tomografia Computadorizada de Crânio ou de Ressonância Magnética de Encéfalo com laudo, em casos de Complexo da Esclerose Tuberosa.	<p>- Relato médico quanto à tolerabilidade do tratamento, especialmente quanto a presença de efeitos adversos cognitivos e comportamentais. Periodicidade: Semestral</p> <p>- Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de dravet, lennox-gastaut e no complexo de esclerose Periodicidade: Semestral</p> <p>- Diário de registros de crises. Periodicidade: Semestral</p> <p>- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO; Periodicidade: Semestral</p>	<p>G40.4 Q85.1</p> <p>Neurologista, neuropediatra ou neurocirurgião (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>ESCLEROSE SISTÊMICA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml sol.inj. Em ampola de 2ml</p> <p>Sildenafil 25mg e 50mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Laudo médico informando o acometimento visceral predominante e a estratégia terapêutica definida de acordo com o acometimento visceral predominante; (validade 90 dias)</p> <p>- Autoanticorpos específicos para ES; (sem validade);</p> <p>- Hemograma completo (validade 90 dias).</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <p>- AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias).</p> <p>Para Ciclofosfamida, acrescentar:</p> <p>- AST/TGO, ALT/TGP e creatinina (validade 90 dias).</p> <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <p>- AST/TGO, ALT/TGP e creatinina (validade 90 dias).</p>	<p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclofosfamida e Metotrexato:</p> <p>- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>M34.0 M34.1 M34.8</p> <p>Reumatologista Pneumologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se a constituição de um centro de referência para avaliação, acompanhamento e administração de imunossuppressores em casos especiais de ES juvenil.</p>



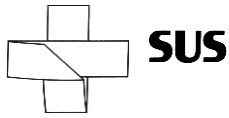
	<p>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p>		<p>PCDT</p>
<p>ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – ELA (Protocolo MS)</p> <p>Riluzol 50mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Eletroneuromiografia dos 4 membros (validade 24 meses);</p> <p>- Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (validade 90 dias);</p> <p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p>	<p>- Hemograma completo; - TGO/TGP. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.</p>	<p>G12.2 Neurologista (Preferencialmente).</p> <p>PCDT</p>
<p>ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS)</p> <p>Alentuzumabe injetável, 12mg F/A (18 anos)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A</p> <p>Betainterferona 1B 9.600.000UI (300mcg) F/A</p> <p>Cladribina 10mg comp.</p> <p>Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos)</p> <p>Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos)</p> <p>Glatirâmer 40mg (seringa preenchida)</p> <p>Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)</p> <p>Teriflunomida 14mg comp (18 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para TODOS:</p> <p>- Relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS.</p> <p>- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Ressonância magnética do crânio (validade 2 anos);o Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (validade 3 meses).o Exceto para acetato de glatirâmer e betainterferonas:<ul style="list-style-type: none">▪ PPD ou IGRA (validade 1 ano);▪ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano).▪ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);▪ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>- Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (validade 3 meses);o Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção). <p>Para Alentuzumabe, acrescentar:</p> <p>- Relato médico documentando o diagnóstico de EMRR</p>	<p>Para TODOS:</p> <p>- Taxa de surtos; - Valor da Escala EDSS; - Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos Periodicidade: semestral</p> <p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Betainterferonas:</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fingolimode:</p> <p>- Hemograma completo, AST/TGO,</p>	<p>G35 Neurologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>PCDT</p>



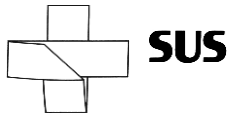
	<p>classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Cladribina e ausência de contraindicações ao uso do Alentuzumabe (validade 3 meses);</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 2 anos);- Creatinina sérica, exames de urina e TSH (validade 3 meses); <p>Para Betainterferonas, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- TSH (validade 3 meses). <p>Para Cladribina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Natalizumabe (validade 3 meses);- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 2 anos);- Hemograma (validade 3 meses);- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 3 meses). <p>Para Fingolimode, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila) E informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica (validade 3 meses). <p>Para Natalizumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe (validade 3 meses), associado a uma das opções abaixo: <p>Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade:</p> <ul style="list-style-type: none">o Relato médico documentado este diagnóstico; (validade 3 meses);o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; (validade 2 anos). <p>Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade:</p> <ul style="list-style-type: none">o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de fingolimode (validade 3 meses);	<p>ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica Periodicidade: anualmente. <p>Para Cladribina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento <p>Para Alentuzumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH Periodicidade: 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.	
--	---	---	--



	<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 2 anos).		
<p>ESPASTICIDADE (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Documentação de abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);- Relato médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (validade 3 meses);- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).	-	<p>G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2 G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 / I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8 T90.5 / T90.8</p> <p>PCDT</p>
<p>ESPONDILITE ANCILOSANTE (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 25mg (Abaixo de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 10mg/ml injetável</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 2 anos);- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">o Relato médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (validade 3 meses);o Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Valor de BASDAI ou ASDAS; <p>Periodicidade: Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Metotrexato e Naproxeno:</p> <ul style="list-style-type: none">- Creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M45 M46.8</p> <p>Reumatologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista.</p> <p>PCDT</p>



<p>Naproxeno 500mg comprimido</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Sulfassalazina 500mg comprimido</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe, acrescentar:</p> <p>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">○ PPD ou IGRA (validade 1 ano);○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.		
<p>ESQUIZOFRENIA (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p> <p>Documentação de abertura</p>	<p>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum - (validade 3 meses)</p> <p>Para Clozapina, acrescentar:</p> <p>- Hemograma completo (validade 30 dias).</p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. Periodicidade: Anual.</p> <p>Só para Clozapina:</p> <p>- Hemograma completo. Periodicidade: Mensal.</p>	<p>F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8</p> <p>Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p> <p>Casos especiais: Geriatra: Somente para idosos com Doença de Alzheimer Neurologista: pacientes epilépticos que apresentam comorbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações.</p> <p>PCDT</p>



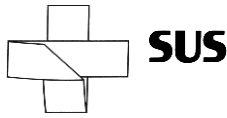
<p>ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Documentação de abertura</p>	<p>- Relato médico informando:</p> <ul style="list-style-type: none">○ O estágio da DRC que o paciente se encontra;○ Se paciente é diabético ou não;○ O tratamento medicamentoso atualmente em uso descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte; (validade 3 meses). <p>- Creatinina sérica (validade 3 meses);</p> <p>- Para pacientes não diabéticos, acrescentar razão Albumina/Creatinina (RAC) urinária (validade 3 meses).</p>	<p>- Relato médico informando o estágio da DRC que o paciente se encontra. Periodicidade: semestral.</p> <p>- EAS, Creatinina sérica, Potássio sérico e RAC urinária. Periodicidade: Anual (a depender da clínica, pode-se solicitar exames complementares para monitorização).</p>	<p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5</p> <p>PCDT</p>
<p>FENILCETONÚRIA (Protocolo MS)</p> <p>Complemento alimentar isento de fenilalanina</p> <p>Sapropterina 100mg compr. (Somente sexo feminino)</p>	<p>- Dosagem sérica de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames semanais consecutivos) - (sem validade)</p> <p>Para dispensação de Sapropterina para realização do Teste de responsividade, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Relato médico informando diagnóstico de Fenilcetonúria (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC e se paciente está em período gestacional ou não (validade 30 dias). <p>Para dispensação de Sapropterina durante o período periconcepcional e gestação, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Laudo RESPONSIVO ao teste de responsividade à Sapropterina sapropterina (sem validade);▪ Beta HCG ou relato médico que paciente está em período periconcepcional (validade 30 dias);	<p>- Dosagem de Fenilalanina sérica: Periodicidade: trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos meses consecutivos)</p>	<p>E70.0 E70.1</p> <p>PCDT</p>



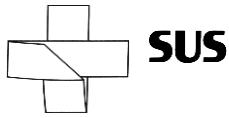
<p>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula</p> <p>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico (sem validade).</p> <p>- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc com resultado maior ou igual a 2 (sem validade).</p> <p>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina (validade 3 meses).</p>	<p>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: semestral.</p> <p>Obs 1.: Para pacientes em uso de Dabigatrana, o clearance de creatinina (CICr) deve estar maior que 30ml/min.</p> <p>Obs 2.: Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o CICr deve estar maior que 15ml/min. A dose recomendada é 20 mg 1x/dia. Para pacientes com função renal com alteração moderada (Clearance de Creatinina entre 15 a 50 ml/min) a dose recomendada é 15 mg 1x/dia.</p>	<p>I48 I63.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p>Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial</p> <p>Dabigatrana - Critérios de utilização na fibrilação atrial nao valvar</p>
<p>FIBROSE CÍSTICA (Protocolo MS)</p> <p>Alfadornase 2,5mg solução injetável *</p> <p>Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.* (Idade entre 6 e 11 anos)</p> <p>Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.* (acima de 6 anos)</p> <p>Ivacaftor 150mg comp. (acima 6 anos)</p> <p>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.</p> <p>Tobramicina 300mg solução inalatória *</p> <p>*medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos: - Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística (sem validade).</p> <p>Para Alfadornase, acrescentar: - Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce (validade 3 meses).</p> <p>Para Pancreatina, acrescentar: - Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente (validade 3 meses).</p> <p>Para Ivacaftor, acrescentar: - Cópia de exame de uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R (sem validade).</p> <p>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar: - Relato médico em LME informando dados antropométricos (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC); o número de exacerbações pulmonares e hospitalizações no último ano e medida da pressão arterial (validade 3 meses); - Cópia de exame de mutação genética F508del no gene CFTR (sem validade); - Dosagem quantitativa de cloreto no suor atualizado (sem validade – no diagnóstico); - Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina,</p>	<p>- Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME. Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e ivacaftor, acrescentar: - Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina. Periodicidade: no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>- Espirometria Periodicidade: anual</p> <p>- Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam: - Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio; - Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação ao ano anterior; - Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios; - Melhora do estado nutricional, medido</p>	<p>E84.0 (exceto pancreatina)</p> <p>E84.1 (Exceto alfadornase e Tobramicina)</p> <p>E84.8 (para todos)</p> <p>O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC.</p> <p>PCDT</p>



	<p>ALT/TGP, AST/TGO, creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (validade 3 meses);</p> <ul style="list-style-type: none">- Espirometria (validade 6 meses);- Laudo de cultura de secreção respiratória (validade 3 meses);- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Tobramicina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada Pseudomonas aeruginosa (validade 3 meses).	<p>pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver outra explicação;</p> <ul style="list-style-type: none">- Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador. <p>Periodicidade: 12º mês de uso</p> <p>- Dosagem quantitativa de cloreto no suor Periodicidade: Entre o 3º e 12º mês de uso.</p>	
<p>FIBROSE CÍSTICA (Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)</p> <p>Budesonida 200mcg cáps inal</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal</p> <p>Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml</p> <p>Omalizumabe 150mg injetável</p> <p>Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg</p>	-	-	<p>E84.0 E84.1 E84.8 E84.9</p>
<p>GLAUCOMA (Protocolo MS)</p> <p>Acetazolamida 250mg comprimido</p> <p>Bimatoprost 0,3mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brimonidina 2mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brinzolamida 10mg/mL sol oftálmica</p> <p>Dorzolamida 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Latanoprost 0,05mg/mL sol oftálmica</p> <p>Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Timolol 5mg/mL sol oftálmica</p> <p>Travoprost 0,04mg/mL sol oftálmica</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para abertura do processo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente (validade 3 meses)- Campimetria (validade 1 ano);- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (validade 1 ano). <p>- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justificando a substituição (validade 3 meses);- Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades	<p>- Medida da PIO basal. Periodicidade: semestral.</p> <p>- Campimetria. Periodicidade: anual.</p>	<p>H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0</p> <p>Oftalmologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



<p>HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS)</p> <p>Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL (idade acima de 14 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (validade 3 meses);- Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (sem validade);- Cópia de exame lactato desidrogenase (validade 3 meses);- Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (sem validade); ou Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (sem validade); ou Cópia de ecocardiograma com PSAP > 35 (sem validade); ou Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (validade 3 meses); ou Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (validade 3 meses).- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (validade 3 meses);- Exames laboratoriais: Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina (validade 3 meses);- Questionário de avaliação da qualidade de vida (validade 3 meses).	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico descrevendo a evolução clínica. Periodicidade: trimestral.- Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito Periodicidade: trimestral.- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina. Periodicidade: semestral.- Questionário de avaliação da qualidade de vida. Periodicidade: semestral.	<p>D59.5</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>
<p>HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Relato médico em LME com descrição se há presença de sintomas constitucionais incapacitantes ou cirrose com atividade inflamatória e a pontuação obtida no escore de diagnóstico, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para pacientes sem outras doenças autoimunes concomitantes, informar a pontuação obtida no ERDHAI; ou- Para pacientes com doenças autoimunes, informar a pontuação obtida nos critérios simplificados para	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	<p>K75.4</p> <p>PCDT</p>



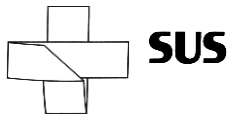
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



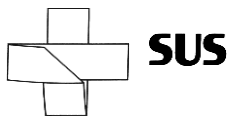
	<p>diagnóstico de HAL.</p> <p>Exames sanguíneos utilizados para a pontuação obtida em seu respectivo escore de diagnóstico;</p> <ul style="list-style-type: none">- ALT/TGP, AST/TGO e fosfatase alcalina (validade 3 meses);- Gamaglobulina ou IgG (validade 1 ano);- FAN/anti-músculo liso ou anti-LKM-1 (validade 1 ano);- Sorologias de hepatites virais: anti-HAV IgM; HBsAg; Anti-HBc total; Anti-HCV e HCV-RNA qualitativo (validade 1 ano);- Biópsia hepática (sem validade).		
<p>HEMANGIOMA INFANTIL (Protocolo MS)</p> <p>Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;- Exames laboratoriais: TSH, ALT/TGP, AST/TGO, TAP (validade 3 meses).	<p>- Exames laboratoriais: hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, TSH (somente para casos de hipotireoidismo). Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D18.0</p> <p>Pediatra (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>



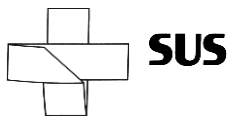
<p>HIDRADENITE SUPURATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida</p> <p>(Acima de 18 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a história e a localização anatômica das lesões, o estágio evolutivo da doença em que o paciente se encontra utilizando a classificação de <i>Hurley</i> e os tratamentos prévios realizados (validade 3 meses); <u>e</u>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses); <u>e</u>- PPD ou IGRA (validade 1 ano); <u>e</u>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); <u>e</u>- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); <u>e</u>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da <i>HiSCR</i> (<i>Hidradenitis Suppurativa Clinical Response</i>) Periodicidade: trimestral. <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: Trimestral	<p>L73.2</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p>PCDT</p>
<p>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (Protocolo MS)</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) (validade 3 meses);- Dosagem de sódio e potássio séricos <u>OU</u> dosagem renina plasmática e aldosterona (validade 3 meses).	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. Periodicidade: Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral.- Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. Periodicidade: Trimestral.	<p>E25.0</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>HIPERPROLACTINEMIA (Protocolo MS)</p> <p>Cabergolina 0,5 mg comp.</p> <p>Bromocriptina 2,5mg comp. (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa de macroprolactina (validade 3 meses);- Dosagem de prolactina (validade 3 meses);- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (validade 1 ano);- Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (validade 3 meses);- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de Prolactina. Periodicidade: Anual ou nos casos de mudança de dose.- Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. Periodicidade: 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.	<p>E22.1</p> <p>Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>



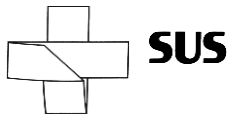
	<p>- <u>Ecocardiografia transtorácica: obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (validade 6 meses).</u></p>		
<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS)</p> <p>Sildenafil 20 mg comp.</p> <p>Ambrisentana 5mg e 10mg comp.</p> <p>Bosentana 62,5mg e 125mg comp.</p> <p>Iloprost 10 mcg/mL solução para nebulização</p> <p>Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para início de tratamento:</p> <p>- Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO₂) (validade 1 ano);</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses);</p> <p>- Laudo médico informando (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">○ Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>;○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente;○ Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M);○ Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica. <p>Para associação ou substituição de medicamentos:</p> <p>- Laudo médico informando (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente; <p>Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Descrição em LME da avaliação clínica do paciente, informando classe funcional NYHA/OMS e a estratificação de risco do paciente com o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Somente para Ambrisentana e Bosentana:</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP.</p> <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após semestral.</p>	<p>I27.0 I27.2 I27.8</p> <p>Pneumologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia</p> <p>PCDT</p>
<p>HIPOPARATIREOIDISMO (Protocolo MS)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>-Exames laboratoriais (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">○ Dosagem de cálcio total e albumina, OU cálcio iônico;○ PTH;○ Fósforo e magnésio;○ Creatinina e calciúria 24h;○ Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina; <p>- Peso atual do paciente.</p>	<p>- Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas.</p> <p>Periodicidade: Mensal até normalização e após, semestral.</p>	<p>E20.0 / E20.1 E20.8 / E89.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia.</p> <p>PCDT</p>
<p>ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg cáps.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Fosfatase alcalina; Bilirrubinas;</p> <p>- Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO;</p> <p>- Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos;</p> <p>- Uréia; Creatinina;</p> <p>- Glicose; Hemograma completo;</p>	<p>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos.</p> <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Hemograma, provas de função renal</p>	<p>L44.0/ Q80.0/ Q80.1 Q80.2/ Q80.3/ Q80.8 Q82.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p>



	<p>- EAS; - Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças.</p> <p>*Validade 90 dias.</p> <p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p>	<p>(creatinina), ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Crianças (até 19 anos) - Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea. Periodicidade: Anual.</p> <p>- Densitometria óssea em maiores 60 anos. Periodicidade: Anual.</p>	<p>PCDT</p>
<p>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Imunodeficiencia Primaria</p>	<p><u>Para todos os CIDs (validade 3 meses):</u> - Dosagem de IgG total, IgA, IgM; - Hemograma completo; - Uréia e Creatinina; - ALT, AST e Albumina sérica.</p> <p><u>Incluir somente para o CID D80.3 (validade 3 meses):</u> - Subclasses de IgG.</p> <p><u>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</u> - Dosagem das Isohemaglutininas Anti - A e Anti - B; - Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti - tétano, anti - difteria, anti - rubéola, anti - hepatite B, anti- sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais).</p>	<p>- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D80.0/ D80.1/ D80.3/ D80.5/ D80.6/ D80.7/ D80.8/ D81.0/ D81.1/ D81.2/ D81.3/ D81.4/ D81.5/ D81.6/ D81.7/ D81.8/ D82.0/ D82.1/ D83.0/ D83.2/ D83.8 Imunologista e Geneticista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista.</p> <p>PCDT</p>
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato de mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg caps</p>	<p>- Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgaste)</p> <p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p>	<p>Para Azatioprina e Micofenolato: - Hemograma completo Periodicidade: mensal nos primeiros 2 meses de uso, depois a cada alteração de dose ou a critério médico. - Amilase, ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Tacrolimo: - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>Z94.1 T86.2</p> <p>Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>PCDT</p>



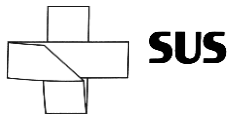
<p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>		<p>Para Everolimo: - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina Periodicidade: a critério médico.</p>	
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Sirolimo 1mg e 2mg.</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos (sem validade);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (validade 3 meses).</p> <p>Imunossupressao do transplante Hepatico em Pediatria</p>	<p>Para Azatioprina: - Hemograma completo, ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para Ciclosporina e Tacrolimo: - Dosagem sérica. Periodicidade: Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p>PCDT</p>
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp</p>	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos (sem validade);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (validade 3 meses).</p>	<p>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo: - Dosagem sérica do respectivo medicamento Periodicidade: quando houver ajuste de dose.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p>PCDT</p>



<p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>		<p>Para: Azatioprina - Hemograma completo. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações. Periodicidade: a critério médico.</p>	
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</p> <p>Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg</p> <p>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">o Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não);o HLA;o Tempo de isquemia;o Reatividade contra painel;o Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência;o Se trata de retransplante. <p>- Alta hospitalar.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Para Azatioprina - Hemograma completo Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo. Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo: - Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Z94.0 T86.1</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p>PCDT</p>



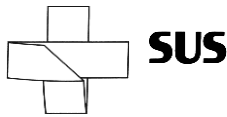
<p>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON (Protocolo MS)</p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) <u>ou</u> Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona (validade: 3 meses).</p>	<p>- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Solicitar registros das medidas de pressão arterial. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>E27.1 E27.4</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA</p> <p>Dapagliflozina 10mg comp</p> <p>Sacubitril Valsartana Sódica 50mg, 100mg e 200mg comprimido</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>* Atualizado em 17/10/2024</p>	<p>- Relato do médico assistente informando: - Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra;</p> <p>- Tratamento prévio com descrição dos medicamentos utilizados (validade 3 meses).</p> <p>- Ecocardiograma transtorácico (validade: 12 meses para início de tratamento ou aos pacientes que estão em uso de comprimidos de Dapagliflozina ou sacubitril valsartana apresentar este exame previamente ao início de seu uso (sem validade));</p> <p>Para sacubitril valsartana, acrescentar: - Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tio B (NT-ProBNP) (sem validade);</p>	<p>- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME. Periodicidade: semestral.</p>	<p>I50.0 I50.1 I50.9</p> <p>PCDT</p>
<p>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</p> <p>Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI cápsulas</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia (3 meses validade): - teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal Associado a: - Exame de imagem com alterações condizentes com pancreatite crônica (sem validade): - Radiografia simples de abdome; ou Ultrassonografia de abdome; ou Ecoendoscopia; ou Tomografia computadorizada de abdome; ou Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER); ou ressonância magnética de vias biliares.</p> <p>Exceção: - Em casos de câncer pancreático, somente: laudo médico associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</p> <p>- Em casos de ressecções pancreáticas, somente: laudo</p>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME. Periodicidade: semestral.</p>	<p>K86.0 K86.1 K90.3</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p>PCDT</p>



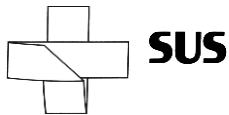
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



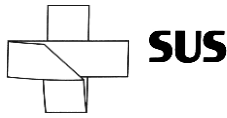
	<p>cirúrgico ou cópia de exame de imagem, associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</p>		
<p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</p> <p>Oxibutinina 5 mg comp.</p> <p>Oxibutinina 10 mg comp. Liberação prolongada</p> <p>Tolterodina 4 mg* (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica)</p>	<p>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (validade 90 dias);</p> <p>- Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (validade 90 dias).</p>	-	<p>R32 N30.0 / N31.0 / N31.9 N32.0 / N33.0 / N39.0</p> <p>Urologista Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg</p> <p>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Histerosalpingografia <u>OU</u></p> <p>- Histeroscopia <u>OU</u></p> <p>- Histerossonografia <u>OU</u></p> <p>- Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>OU</u></p> <p>- Tomografia computadorizada <u>OU</u></p> <p>- Ressonância magnética <u>OU</u></p> <p>- Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem).</p> <p>*Validade 1 ano.</p>	<p>- Ultrassonografia e hemograma. Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D25.0 D25.1 D25.2</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>PCDT</p>



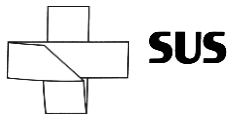
<p>LINFANGIOLEIOMIOMATOSE</p> <p>Sirolimo 1mg e 2mg comp</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente</p> <p>- Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade)</p> <p>- Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade);</p> <p>- Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou- Laudo de TC ou ressonância magnética de abdôme (sem validade); ou- Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou- Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou- Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade)	<p>- Dosagem sérica do medicamento. Periodicidade: Semestral ou quando houver ajuste de dose</p> <p>- Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: anual.</p>	<p>J84.8</p> <p>PCDT</p>
<p>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica)</p> <p>Hidroxicroquina 400 mg comp.</p> <p>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável</p> <p>Micofenolato de mofetila 500 mg comp. (somente para Nefrite Lúpica)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Relato médico informando:</p> <ul style="list-style-type: none">o Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI contendo a descrição dos órgãos e sistemas envolvidos;o Os medicamentos utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização (validade 3 meses). <p>- Exames:</p> <ul style="list-style-type: none">o FAN (sem validade) - Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos;o Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, EAS, complemento C3 e C4 e anti-DNA nativo (validade 3 meses).o Se LES + NEFRITE, acrescentar:<ul style="list-style-type: none">▪ Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, sódio e potássio; (validade 3 meses)	<p>Para todos:</p> <p>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI contendo a descrição dos órgãos e sistemas envolvidos. Periodicidade: Semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, creatina, complementos C3 e C4. Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p> <p>Para Ciclosporina, acrescentar: - Dosagem sérica de ciclosporina Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Ciclofosfamida, acrescentar: - Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Danazol, acrescentar: - Colesterol total, HDL e triglicerídeos. Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p>	<p>L93.0 L93.1 M32.1 M32.8</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p> <p>Casos especiais devem ser tratados por médicos qualificados, em serviço especializado. Gestantes, lactantes, crianças e pacientes com manifestações graves associadas ao LES também devem ser encaminhadas para serviço especializado.</p> <p>PCDT</p>



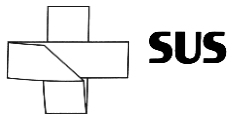
	<ul style="list-style-type: none">▪ Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (sem validade)○ <u>Se LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica, acrescentar:</u><ul style="list-style-type: none">• Teste de Coombs; (validade 3 meses)• Exames para comprovação de hemólise: Contagem de reticulócitos ou Dosagem de Desidrogenase láctica (DHL) ou de haptoglobina ou de Bilirrubina (total e frações); (validade 3 meses)○ <u>Se LES + TROMBOSE:</u><ul style="list-style-type: none">▪ Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM, anti-beta2-glicoproteína1 (validade 3 meses) <p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar: - Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p> <p>Para Metotrexato, acrescentar: - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p>	<p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar: - Avaliação oftalmológica. Periodicidade: Anual.</p>	
<p>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLA E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</p> <p>Talidomida 100 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Não é exigido LME;- Notificação de receita de talidomida;- Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade <u>QU</u> Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;- Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – validade 90 dias;- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (Validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).	<p>- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.</p>	<p>M32/ L93.0/ L93.1 T86.0/ C90.0/D46.0 D46.1/ D46.4</p> <p>Hematologista Reumatologista (Preferencialmente)</p>



<p>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</p> <p>Piridostigmina 60mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato em LME das manifestações clínicas compatíveis com MG;- Exames confirmatório de diagnóstico (sem data de validade):<ul style="list-style-type: none">▪ Laudo de Eletroneuromiografia; ou▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetilcolina <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP (validade 3 meses) <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, Creatinina e uréia (validade 3 meses) <p>Para Imunoglobulina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico em LME evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) (validade 90 dias).- Creatinina e uréia (validade 90 dias)- Dosagem sérica de IgA (validade 90 dias)	<p>Para Azatioprina: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina: - Nível sérico de ciclosporina. Periodicidade: Anual - Creatinina e uréia Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>G70.0 G70.2</p> <p>PCDT</p>
<p>MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico descrevendo o diagnóstico síndrome identificando o fenótipo clínico do paciente.- Exames laboratoriais:<ul style="list-style-type: none">o creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase; eo Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e desidrogenase láctica (DHL) (validade 90 dias); <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- creatinina (validade 90 dias). <p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exame oftalmológico (validade 1 ano). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- creatinina (validade 90 dias).- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Imunoglobulina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de IgA (validade 90 dias)	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico quanto a evolução da atividade da doença, através da descrição da força muscular em quadriceps, deltoides e flexores de pescoço ou por um dos instrumentos de avaliação da atividade de miopatias inflamatórias descritos no PCDT-MS. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- CPK ou aldolase. <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- hemograma completo, fosfatase alcalina, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina.- Beta HCG (para mulheres em idade fértil). <p>Periodicidade: Trimestral. Periodicidade: Semestral</p>	<p>M33.0 (para todos) M33.1 (para todos) M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>



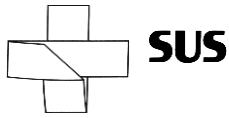
	<p>Obs. A depender do contexto clínico, podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<p>Para Ciclosporina, acrescentar: - Creatinina. Periodicidade: Trimestral - Relato médico em LME quanto ao monitoramento da pressão arterial sistêmica. Periodicidade: semestral. - Colesterol total e frações, triglicerídeos e potássio sérico. Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Exame oftalmológico. Periodicidade: Anual.</p>	
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5MI</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; (validade 3 meses)</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none">o Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos ou leucócitos E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan e dermatan (DS) (sem validade) OUo Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene IDUA. (sem validade)	<p>- Laudo médico informando a adesão ao número de infusões previstas no período e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, da pressão arterial, da hepatimetria e da mobilidade articular. Periodicidade: semestral.</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs). Periodicidade: semestral.</p> <p>- Exame neurológico. Periodicidade: semestral.</p>	<p>E76.0</p> <p>PCDT</p>
<p>MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II (Protocolo MS)</p> <p>Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico com registro atualizado do peso, altura, perímetro cefálico e quantificação do tamanho do fígado (hepatimetria) e do baço; (validade 3 meses)</p> <p>- Exame de comprovação diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none">o Exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; (sem validade) ouo Exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) em plasma, leucócito ou fibroblasto e da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma	<p>- Laudo médico informando a adesão ao tratamento e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, pressão arterial, quantificação do tamanho do fígado (hepatimetria) e do baço; Periodicidade: semestral</p> <p>- Dosagem de glicosaminoglicanos na urina. Periodicidade: anual.</p> <p>- Laudo da avaliação do neurodesenvolvimento emitido por médico</p>	<p>E76.1</p> <p>PCDT</p>



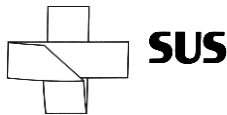
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



	<p>amostra na qual determinada a atividade de IDS); e dosagem de glicosaminoglicanos (GAG) na urina; (sem validade)</p> <p>- Laudo de avaliação neurológica (validade 3 meses)</p>	<p>neurologista. Periodicidade: anual.</p>	
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A (PCDT-MS)</p> <p>Alfaelossulfase 1 mg/ml injetável.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; OU Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.</p> <p>- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses);</p> <p>- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias);</p> <p>- Ecocardiograma (validade 180 dias);</p>	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período;</p> <p>Periodicidade: semestral</p> <p>- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M);</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos;</p> <p>- Ecocardiograma;</p> <p>- Espirometria;</p> <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar em serviços especializados.</p> <p>PCDT</p>



<p><u>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI</u> (PCDT-MS)</p> <p>Galsulfase 1mg/ml injetável</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atividade da <i>ASB</i> em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS)• OU• Atividade da <i>ASB</i> em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene <i>ASB</i>. <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses);• Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias);	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; Periodicidade: semestral</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p> <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M); Periodicidade: semestral.</p> <p>Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador); Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>E76.2</p> <p>Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar</p> <p>PCDT</p>
---	--	---	---



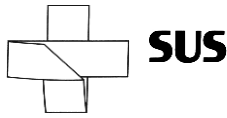
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VII (PCDT-MS)</p> <p>Alfavestronidase 2mg/mL injetável – frasco 5mL</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; (validade 3 meses)- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:<ul style="list-style-type: none">o Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan (SH) e sulfatos de dermatan (SD); (sem validade)o Atividade da beta-glicuronidase (GUSB) em fibroblastos ou leucócitos ou sangue impregnado em papel filtro; (sem validade)o Variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GUSB OU Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) e da iduronato-sulfatase (IDS) em fibroblastos ou leucócitos ou sangue impregnado na mesma amostra; (sem validade)- Laudo de avaliação neurológica; (validade 6 meses)- Laudo de avaliação oftalmológica (acuidade visual); (validade 6 meses)- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos, para pacientes acima de 3 anos (TC6M); (validade 6 meses)- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador), para pacientes com idade superior a 6 anos; (validade 6 meses)- Avaliação da mobilidade articular (incluindo flexão de ombro); (validade 6 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a adesão ao tratamento e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, pressão arterial, hepatimetria e medidas do tamanho do baço; Periodicidade: semestral- Laudo de avaliação da mobilidade articular (incluindo flexão de ombro). Periodicidade: semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo.- Laudo de avaliação oftalmológica (acuidade visual). Periodicidade: semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo.- Espirometria (pacientes acima de 6 anos). Periodicidade: semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo.- Teste de caminhada de 6 minutos (pacientes acima de 3 anos). Periodicidade: semestral.- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); Periodicidade: anual.	<p>E76.2</p> <p>PCDT</p>
<p>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</p> <p>Ertapenem 1g injetável F/A</p> <p>Teicoplanina 400mg injetável F/A</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 14/10/2022</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado (validade 90 dias).- Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. (validade 90 dias)	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. Periodicidade: trimestral.	<p>M46.2 M86.4 M86.6 M86.9</p> <p>Infectologista (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>



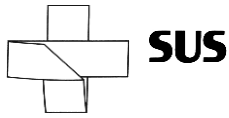
<p>Osteoporose (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Pamidronato 60 mg injetável F/A</p> <p>Raloxifeno 60mg comp.</p> <p>Risedronato 35 mg comp</p> <p>Romosozumabe 90mg/mL seringa com 1,17mL (equivalente a Romosozumabe 105mg seringa) (somente mulheres)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de osteoporose preenchido pelo médico assistente (validade 90 dias)- Densitometria óssea (validade 1 ano)- Exames laboratoriais: cálcio sérico, 25- hidroxivitamina D e creatinina ou clearance de creatinina (validade 90 dias). <p>- Caso apresente histórico de fratura osteoporótica: anexar laudo da radiografia que evidencia a fratura (sem validade);</p> <p>- Caso apresente intolerância ou dificuldades de deglutição aos bisfosfonatos orais: anexar laudo do gastroenterologista e/ou exame de Endoscopia Digestiva Alta referente à doença gastrointestinal (sem validade).</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Densitometria óssea <p>Periodicidade: a cada 2 anos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e cálcio e clearance de creatinina <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Romosozumabe:</p> <p>Período máximo de fornecimento de 1 ano.</p>	<p>M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1 (APENAS PARA MULHERES)</p> <p>M80.2 / M80.3 M80.4 / M80.5 M80.8 / M81.2 M81.3 / M81.4 M81.5 / M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 / M82.8 M85.8 (AMBOS OS SEXOS)</p> <p>PCDT</p>
<p>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</p> <p>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</p> <p>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</p>	<p>Para paciente com previsão de transplante para os próximos 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Doença hepática Crônica Terminal por vírus B:<ul style="list-style-type: none">- HBsAg (+)- HBeAg- Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBVOU• Hepatite fulminante por vírus B:<ul style="list-style-type: none">- Anti-HBc IgM (+). <p>Para paciente pós – transplantado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase [não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-)], HBsAg, Anti-HBc IgM. <p>Crítérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml;- Portadores de HIV;- Idade < 12 anos;	<ul style="list-style-type: none">- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. <p>Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês.</p> <ul style="list-style-type: none">- Anti - HBs, ALT e AST. <p>Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais.</p> <ul style="list-style-type: none">- HBsAg. <p>Periodicidade: Semestral (não obrigatório).</p>	<p>B18.0 B18.1 B16.0 B16.2</p> <p>Infectologista Gastroenterologista (Preferencialmente).</p>



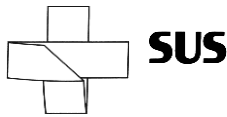
	<p>- Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B.</p>		
<p>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.</p>	<p>- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (validade 90 dias).</p> <p>- Idade maior que 18 anos.</p> <p>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</p> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 90 dias.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <p>1- exame de clearance de creatinina (validade 90 dias); OU</p> <p>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 90 dias) e peso atualizado do paciente.</p>	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <p>- Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p> <p>- Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</p>	<p>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</p> <p>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</p> <p>M23.9 : Transtorno interno não especificado do joelho</p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>PSORÍASE (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg caps.</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa (acima 6 anos)</p> <p>Calcipotriol 50mcg/g pomada</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico informando:</p> <ul style="list-style-type: none">o grau de gravidade das lesões informado o valor do índice de extensão da psoríase – PASI ou do Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI).o(s) medicamento(s) utilizado(s), tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização (validade 3 meses); <p>- Exames, exceto para calcipotriol:</p> <ul style="list-style-type: none">Hemograma, Creatinina, AST/TGO e ALT/TGP (validade 3 meses);	<p>Para todos os medicamentos</p> <p>- Índice PASI ou DLQI</p> <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina.</p> <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.</p> <p>Para Acitretina:</p> <p>- Colesterol total e frações e triglicérides</p> <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil</p>	<p>L40.0 L40.1 L40.4 L40.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>PCDT</p>



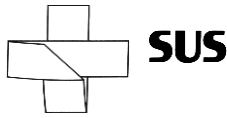
<p>Ciclosporina 100mg/mL sol. oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</p> <p>Risanquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para Acitretina, acrescentar: - Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (validade 3 meses) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil - Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (validade 1 ano).</p> <p>Para Calcipotriol, acrescentar: - Cálcio Sérico (validade 3 meses).</p> <p>Para Metotrexate, acrescentar: - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe, acrescentar: - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">o PPD ou IGRA (validade 1 ano);o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);o HBsAg; Anti-HBc; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);	<p>Periodicidade: Mensal - Para crianças: Raios-X de mãos e punhos. Periodicidade: Anual.</p>	
<p>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50mg comp.</p> <p>Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg e 45mg injetável</p> <p>Triptorrelina 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 26/12/2022</p>	<p>- Relato médico informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios (validade 3 meses)</p> <p>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (validade 3 meses)</p> <p>- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (validade 3 meses);</p> <p>- Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos de todas as idades e para meninas até 06 anos. (validade 2 anos);</p> <p>- Ultrassonografia pélvica para meninas (validade 2 anos);</p> <p>- Dosagem de LH (validade 3 meses);</p>	<p>Para todos: - Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina. Periodicidade: no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose</p> <p>- Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciproterona, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. Periodicidade: semestral</p>	<p>E22.8</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico.</p> <p>PCDT</p>



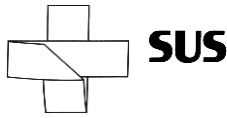
	<p>- Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, (exceto para meninas menores de 3 anos) (validade: 2 anos).</p> <p>Para Ciproterona, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (validade 3 meses).</p> <p>Observação 2: para o teste de provocação: documentos necessários estão em termo específico.</p> <p>Formulário Teste Leuprorrelina</p> <p>Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprorrelina</p>		
<p>TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg comp.</p> <p>Danazol 100mg e 200mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Eltrombopague 25mg e 50mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Rituximabe 500mg F/A (Indisponível: item ainda não ofertado pelo MS para esta indicação)</p> <p>Romiplostim 250mcg/0,5mL pó para solução inj. (Indisponível: item ainda não ofertado pelo MS)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico detalhando o diagnóstico de PTI primária, o tempo de diagnóstico e os tratamentos prévios realizados (validade 3 meses);</p> <p>- Hemograma completo (validade 1 mês).</p> <p>- <u>Para pacientes acima de 18 anos:</u> Exigido somente uma vez no início de qualquer um dos medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). <p>Para Azatioprina e Eltrombopague, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas e GGT (validade 3 meses).</p> <p>Para Danazol, acrescentar: - Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).</p> <p>Para Rituximabe, acrescentar: - Dosagem sérica das imunoglobulinas (validade: 3 meses).</p> <p>- PPD ou IGRA (validade 1 ano);</p> <p>- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);</p> <p>- Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico detalhando a evolução clínica.</p> <p>- Hemograma completo.</p> <p>Periodicidade: semestral ou a cada ajuste de dose.</p> <p>Para Azatioprina e Eltrombopague: - ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas e GGT.</p> <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Para Danazol: - Fosfatase alcalina, Colesterol total, DHL e triglicerídeos.</p> <p>Periodicidade: trimestral nos primeiros 6 meses e, após, semestral.</p>	<p>D69.3</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



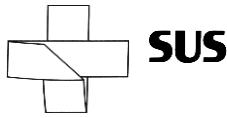
<p style="text-align: center;">RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA (Protocolo MS)</p> <p>Burosumabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos)</p> <p style="text-align: center;">Calcitriol 0,25mcg cáps</p> <p>Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada) (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT)</p> <p>Fósforo elementar 250mg cáps (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT)</p> <p style="text-align: center;">Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de 25-Hidroxitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias)- Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias)- Gasometria venosa (validade 90 dias)- Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano) <p>Para Burosumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico genético de HLX (sem validade) <p>Exames não obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none">- Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade)	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Radiografia das áreas afetadas. <p>Periodicidade: No 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, trimestral.</p> <p>Para burosumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxitamina D. <p>Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>Para Calcitriol, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. Periodicidade: mensal nos primeiro três meses. Depois, Trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <p>Periodicidade: 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica.</p> <p>Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. Periodicidade: Trimestral.- Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: Trimestral- Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: anual.	<p style="text-align: center;">E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p style="text-align: center;">Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p style="text-align: center;">PCDT</p>
--	--	---	---



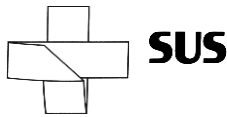
<p>RETOCOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Mesalazina 400 mg, 500 mg e 800 mg comp.</p> <p>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório</p> <p>Mesalazina 2g sachê</p> <p>Mesalazina enema 1g + diluente 100ml</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A (acima 6 anos)</p> <p>Tofacitinibe 5mg comp. (acima 18 anos)</p> <p>Vedolizumabe 300mg F/A (acima 18 anos)</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses);- Laudo dos exames:<ul style="list-style-type: none">Endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano); eHistopatológico (sem validade) *. <p>*em caso de diagnóstico recente ou doença ativa poderá ser solicitado exame recente.</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio (validade 3 meses). <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 3 meses). <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:<ul style="list-style-type: none">o PPD ou IGRA (validade 1 ano);o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina (validade 3 meses);o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>- Para substituição/troca entre eles:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano).</p>	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>K51.0 K51.2 K51.3 K51.5 K51.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>
--	--	---	---



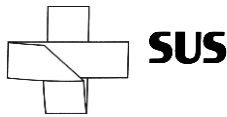
<p>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS)</p> <p>Clopidogrel 75mg comp.</p>	<p>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME); - Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Síndrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana; - No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista; - No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta.</p> <p>* Validade 90 dias</p>	<p>-</p>	<p>I20.0 – I20.1 – I21.0 – I21.1 - I21.2 – I21.3 – I21.4 – I21.9 – I22.0 – I22.1 – I22.8 – I22.9 – I23.0 – I23.1 – I23.2 - I23.3 – I23.4 – I23.5 – I23.6 – I23.8– I24.0 I24.8 – I24.9</p> <p>Cardiologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndromes Coronarianas Agudas</p>
<p>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>Para Ciclosporina, Ciclofosfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</p> <p>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - Hemograma completo (validade 90 dias) - Contagem de reticulócitos (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (validade 90 dias) e Sorologia para parvovírus B19 (validade 180 dias)</p> <p>Para Filgrastim:</p> <p>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm³ ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV</p>	<p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos - Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio. Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de creatinina e ureia. Periodicidade: na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> <p>Para Eltrombopague:</p> <p>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Filgrastim - Neutropenias:</p> <p>- Hemograma completo. Periodicidade: mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p>Obs.: O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p>	<p>D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</p> <p>D61.0 (exceto Ciclofosfamida) D61.1 (exceto Ciclofosfamida) D61.2 (exceto Ciclofosfamida) D61.3 (exceto Ciclofosfamida) D61.8 (exceto Ciclofosfamida)</p> <p>D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)</p> <p>D70 (apenas Filgrastim)</p> <p>Z94.8 (apenas Filgrastim)</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p>PCDT</p>



<p>SINDROME DE GUILLAIN-BARRE (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g F/A</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico detalhado, onde fique evidenciado que se trata de síndrome de Guillain-Barre, com manifestação de déficit motor, e/ou evolução para disfunção respiratória, condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental (Validade 90 dias);- Liquor (com resultado de celularidade e proteína);- Receita em duas vias;-LME;- A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregues posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica.	<p>*** Por ser uma emergência neurológica, pacientes hospitalizados podem ser atendidos.</p> <p>Não será necessário apresentar a ALTA HOSPITALAR para retirada do medicamento.</p>	<p>G61.0</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (Critérios de uso – Estadual)</p> <p>Pramipexol 0,25mg</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI;-Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio;- Dosagem de ferritina sérica;- Uréia e creatinina;- Paciente maior que 18 anos. <p>* Validade 90 dias</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Uréia e Creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p>G25.8</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Exige médico neurologista</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>SINDROME DE TURNER (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</p> <p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;- Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos;- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.	<ul style="list-style-type: none">- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- IGF-1 (Fator de crescimento insulina símile). <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8</p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente)</p> <p>É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.</p> <p>PCDT</p>



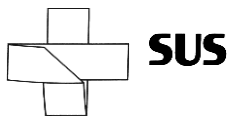
<p>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50 mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>* Validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ultrassonografia pélvica;- Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) <u>ou</u> evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona);- Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica;- Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona;- Prolactina sérica;- Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito);- Sulfato de deidroepiandrotestosterona;- TSH;- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica);- TGO, TGP e bilirrubinas;- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).	<ul style="list-style-type: none">- TGO, TGP e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de testosterona. <p>Periodicidade: Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).</p>	<p>E28.0 E28.2 L68.0</p> <p>Ginecologia Endocrinologia (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia.</p> <p>PCDT</p>
<p>SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina 10.000UI F/A</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Talidomida 100 mg comp</p> <p>Documentação para abertura</p> <p><small>*Atualizado em 08/12/2022</small></p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médio informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores:<ul style="list-style-type: none">* Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; ou* Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R), categorizada em: Muito baixo, Baixo, Intermediário Alto e muito alto. Neste caso, deve-se informar a pontuação obtida do paciente.- Hemograma completo (validade 3 meses). <p>Para Filgrastim, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso.	<p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral.</p> <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral.</p> <p>Para Talidomida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, fosfatase alcalina e	<p>D46.0 D46.1 D46.4 D46.7</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



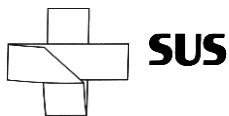
	<p>Para Talidomida, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso.- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).- Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA:<ul style="list-style-type: none">* Notificação de receita de talidomida;* Termo de Responsabilidade/Esclarecimento específico para o usuário da Talidomida	<p>AST/TGO e ALT/TGP Periodicidade: trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil <p>Periodicidade: Mensal</p>	
<p>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none">- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal);- proteinúria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina;- EAS;- albumina sérica;- colesterol total, HDL e triglicerídeos;- creatinina sérica ou clearance de creatinina;- hemograma completo e contagem de plaquetas;- glicose;-TGO, TGP;- laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. <p>* Validade 3 meses</p> <ul style="list-style-type: none">- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para ciclofosfamida);	<ul style="list-style-type: none">- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose. <p>Periodicidade: A cada 3 meses.</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. <p>Periodicidade: Mensal.</p>	<p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados.</p> <p>PCDT</p>
<p>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES - (Protocolo MS)</p> <p>Ciclofosfamida 50mg drágea</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Tacrolimo 1 e 5mg cáps.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando se o paciente é sensível ou resistente à corticosteroides, o tratamento prévio utilizado e a ocorrência de recidivas e/ou de eventos adversos <p>Cópia dos exames (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">- Proteinúria ou Índice de proteinúria/creatininúria- Albumina sérica- Hemograma, Creatinina, Colesterol total e triglicerídeos- EQU(EAS)- Sorológicos para rastreamento de doenças infecciosas: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, fator antinuclear (FAN) e IgG e IgM anti-toxoplasmose	<p>Pra todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Albumina sérica;- Colesterol total e triglicerídeos;- Hemograma;- Glicose;- EQU(EAS);- Creatinina sérica;- Índice proteinúria/creatininúria. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica de ciclosporina <p>Periodicidade: trimestral no primeiro</p>	<p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8</p> <p>Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p>É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia.</p> <p>PCDT</p>



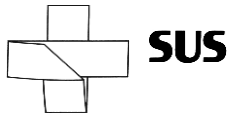
<p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</p> <p>- Biópsia renal em crianças menores de 1 ano de idade ou idade acima de 8 anos ou pacientes com resistência a corticosteroides ou hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído (sem validade);</p> <p>Para tacrolimo, acrescentar:</p> <p>- Relato médico informando a ocorrência de hipertricose ou hiperplasia gengival associado ao uso da ciclosporina (validade 90 dias)</p>	<p>semestre, após semestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada.</p>	
<p>SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS)</p> <p>Desferroxamina 500 mg F/A</p> <p>Deferiprona 500 mg comp</p> <p>Deferiprona 1000mg comp de lib prolongada. (recém incorporado, ainda não disponível)</p> <p>Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Relato médico detalhando o diagnóstico (validade 3 meses); - ferritina sérica (validade 3 meses) ou biópsia hepática (validade 12 meses) ou ressonância magnética por T2* cardíaca ou hepática (validade 12 meses); - saturação de transferrina, creatinina, AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (validade 3 meses).</p> <p>Para Deferiprona, acrescentar:</p> <p>- Hemograma (validade 3 meses). - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p> <p>Para Desferroxamina, acrescentar:</p> <p>- Acuidade visual e auditiva (validade: 6 meses).</p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Ferritina sérica, saturação de transferrina, creatinina, AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Deferiprona, acrescentar:</p> <p>- Hemograma. Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses. Após, trimestral.</p> <p>Para Desferroxamina, acrescentar:</p> <p>- Acuidade visual e auditiva. Periodicidade: Anual.</p>	<p>T45.4 E83.1</p> <p>Hematologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT</p>
<p>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10 mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>- Dados antropométricos: peso, altura e IMC e três medidas de pressão arterial em datas diferentes. - Relato médico detalhado informando a ocorrência ou não de história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e outras comorbidades - (validade 90 dias).</p> <p>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</p> <p>- Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídios, glicemia de jejum (validade 3 meses).</p> <p>- Para Lamotrigina:</p> <p>- Hemograma completo, TGO e TGP (validade 3 meses).</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <p>- Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC Periodicidade: 3,6 e 12 meses, após anual.</p> <p>Para Lamotrigina:</p> <p>- Hemograma, TGO e TGP Periodicidade: Anual</p> <p>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</p> <p>- Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios. Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p>	<p>F31.1 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7</p> <p>Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p>



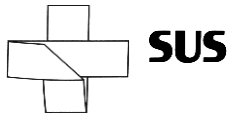
		<p>Para Clozapina: - hemograma Periodicidade: mensal - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios e prolactina Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual. - Prolactina. Periodicidade: Anual</p>	<p>Devem ser compartilhados entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental).</p> <p>PCDT</p>
<p>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10mg comp lib imediata*</p> <p>Metilfenidato cáp lib prolongada de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg*</p> <p>Metilfenidato comp lib prolongada 18mg, 36mg e 54mg*</p> <p>Verificar apresentações disponíveis conforme Nota Técnica</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos: - Relato médico informando o tratamento não farmacológico prescrito ao paciente (validade 3 meses); - Dosagem de TSH e T4 livre recente (validade 6 meses); - Formulário para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade preenchido (validade 3 meses).</p> <p>Para Metilfenidato de liberação prolongada: - Laudo médico com descrição detalhada dos problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg de liberação imediata com comprometimento de eficácia, informando tempo de uso e posologia adotada (validade 3 meses).</p>	<p>Para todos: - laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos. Periodicidade: semestral</p> <p>- Cópia dos exame de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4 livre. Periodicidade: anual</p>	<p>F90.0 F90.1 F90.8 F90.9</p> <p>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos): Pediatra Psiquiatra Neurologista (Exclusivamente)</p> <p>Para adultos (Acima de 19 anos): Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25 e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5 e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p>	<p>Para todos: - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum (validade 3 meses).</p> <p>Para Clozapina, acrescentar: - Hemograma Completo (validade 3 meses).</p>	<p>Para todos: - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum. Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Clozapina, acrescentar: - Hemograma Completo. Periodicidade: Mensal.</p>	<p>F25.0 F25.1 F25.2</p> <p>Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.</p>



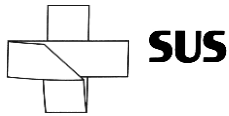
<p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p> <p>Documentação para abertura</p>			<p>PCDT</p>
<p>TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg comp.</p> <p>Danazol 100mg e 200mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Eltrombopague 25mg e 50mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p>Rituximabe 500mg F/A (indisponível: item ainda não ofertado pelo MS para esta indicação)</p> <p>Romiplostim 250mcg/0,5mL. pó para solução inj. (indisponível: item ainda não ofertado pelo MS)</p> <p>Documentação para abertura</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico detalhando o diagnóstico de PTI primária, o tempo de diagnóstico e os tratamentos prévios realizados (validade 3 meses);- Hemograma completo (validade 1 mês). <p>- Para <u>pacientes acima de 18 anos</u>: Exigido somente uma vez no início de qualquer um dos medicamentos, não necessário para substituição:</p> <ul style="list-style-type: none">o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano). <p>Para Azatioprina e Eltrombopague, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas e GGT (validade 3 meses).</p> <p>Para Danazol, acrescentar: - Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).</p> <p>Para Rituximabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dosagem sérica das imunoglobulinas (validade: 3 meses).- PPD ou IGRA (validade 1 ano);- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);- Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade).	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relato médico detalhando a evolução clínica.- Hemograma completo. <p>Periodicidade: semestral ou a cada ajuste de dose.</p> <p>Para Azatioprina e Eltrombopague:</p> <ul style="list-style-type: none">- ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas e GGT. <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fosfatase alcalina, Colesterol total, DHL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: trimestral nos primeiros 6 meses e, após, semestral.</p>	<p>D69.3</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>PCDT</p>



<p>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>* Atualizado em 13/09/22</p>	<ul style="list-style-type: none">• Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);• Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;• Hemograma completo;• Creatinina sérica ou clearance de creatinina. <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):</p> <p>- História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):</p> <ul style="list-style-type: none">• Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética);• Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT; <p>- Síndrome Antifosfolípideo (SAF):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); ou histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; ou histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; ou histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária; e• Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipinalG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM. <p>- Trombofilia hereditária de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação homozigótica para o gene da protrombina; ou deficiência da antitrombina III; ou Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas. <p>- Trombofilia hereditária de baixo risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação heterozigótica para o gene da protrombina; ou Deficiência da proteína C ou da proteína S; ou	<p>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</p> <p>Periodicidade: trimestral</p>	<p>D68.8/ 182.0/ 182.1 182.2/ 182.3/ 182.8 O22.3/ O22.5</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para atenção especializada.</p> <p>PCDT</p>
--	---	---	--



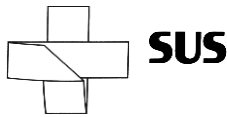
	presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.		
<p>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL DURANTE A GRAVIDEZ (Critério Estadual)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Enoxaparina</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<p>- Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual); - Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem; - Hemograma completo; - Creatinina sérica ou clearance de creatinina. - Relato médico especificando a condição clínica da paciente para a anticoagulação:</p> <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica:</p> <p>- Para mulheres com de TVP ou TEP durante a gravidez: o Exame de imagem (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 6 meses).</p> <p>- Para mulheres com prótese mecânica valvular cardíaca: o Exame comprobatório da válvula mecânica (Ecocardiograma ou Laudo do procedimento cardíaco) (sem validade)</p> <p>- Para condições mórbidas cardíacas como fibrilação atrial crônica e disfunção ventricular grave: Exame comprobatório da condição mórbida (Eletrocardiograma ou Holter ou ecocardiograma) (sem validade)</p>	<p>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: trimestral</p> <p>- Período de fornecimento: Durante a gravidez e até seis semanas pós-parto</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual</p>



<p>PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<p>- Relato médico informando a condição clínica do paciente (validade 3 meses);</p> <p>- Exame de imagem evidenciando o TVP/TEP (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 6 meses).</p>	<p>- Período de fornecimento: máximo de 10 dias.</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA À ANTICOAGULAÇÃO ORAL</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<p>- Relato médico informando que paciente está anticoagulado e o procedimento cirúrgico e a data o qual será realizado. (Validade 3 meses);</p>	<p>- Período de fornecimento: máximo de 14 dias, podendo ser iniciado em até 7 antes da data da cirurgia</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Protocolo Estadual</p>



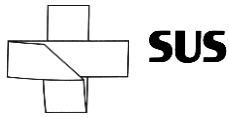
<p>PROFILAXIA DE TVP EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE JOELHO, QUADRIL, FEMUR OU ABDOMINAL</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4m e 60mg/0,6mL</p>	<p>- <u>Para paciente em programação cirúrgica</u>: relato médico informando qual procedimento cirúrgico e a data que será realizado (validade 03 meses);</p> <p>- <u>Para paciente já submetido à cirurgia</u>: relato médico informando o procedimento cirúrgico e documentação comprobatória da realização da cirurgia, como por exemplo relatório de alta hospitalar (validade 03 meses);</p>	<p>- Período de fornecimento:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias○ Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas.○ Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas.	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Protocolo Estadual</p>
<p>UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa (Acima de 18 anos)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Documentação para abertura</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados (validade 3 meses); e</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses).</p> <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <p>- Creatinina e ureia (validade 3 meses).</p> <p>Para Adalimumabe, acrescentar:</p> <p>- Creatinina e ureia (validade 3 meses);</p> <p>- PPD ou IGRA (validade 1 ano);</p> <p>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);</p> <p>- Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano);</p> <p>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina, uréia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>H15.0 H20.1 H30.1 H30.2 H30.8</p> <p>Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados.</p> <p>PCDT</p>
<p>VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (PROTOCOLO MS)</p> <p>Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos)</p>	<p>- Relato médico detalhado contendo:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Descrição dos critérios diagnósticos que confirmam granulomatose com poliangiite (GPA) ou poliangiite microscópica (MPA);○ Indicação do estágio atual da doença, especificando se o uso do medicamento se destina à terapia de indução ou ao tratamento de recidiva;	<p>Este Protocolo não contempla o tratamento de manutenção. Todavia, nos casos em que houver recidiva da doença, deverá ser apresentado:</p> <p>- Relato médico descrevendo a gravidade das manifestações clínicas e refratariedade à</p>	<p>M31.3 M31.7</p> <p>PCDT</p>



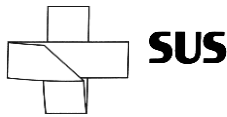
<p>Documentação para abertura</p>	<ul style="list-style-type: none">o Caracterização da gravidade das manifestações clínicas, com detalhamento dos órgãos e/ou sistemas acometidos.o Descrição do tratamento medicamentoso prévio e, quando aplicável, informação de refratariedade à ciclofosfamida <p>- Exames:</p> <ul style="list-style-type: none">o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT (validade 3 meses).o Se comprometimento renal: EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina (validade 3 meses).o PPD ou IGRA (validade 1 ano);o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);o Creatinina (validade 3 meses).o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.o Se houver, laudo histopatológico confirmando o diagnóstico	<p>ciclofosfamida.</p> <p>Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT</p> <p>Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <p>- EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p>	
---	--	--	--

RELAÇÃO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS (E SEUS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS) QUE AINDA NÃO POSSUEM PROTOCOLO CLÍNICO

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO</p> <p>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.</p>	<p>LME e Receita Médica - Trimestral</p>	<p>Z94.3 Z94.2</p>
<p>TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS</p> <p>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI</p>	<p>LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.</p>	<p>LME e Receita Médica - Trimestral</p>	<p>Z94.8</p>

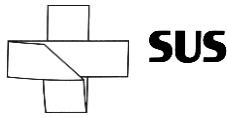


<p>injetável (por frasco-ampola)</p> <p>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)</p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>			
<p>OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)</p>	<p>LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.</p>	<p>LME e Receita Médica - Trimestral</p>	<p>D81.0 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular D81.1 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B D81.2 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B D81.3 Deficiência de adenosinadeaminase [ADA] D81.4 Síndrome de nezelofo D81.5 Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp] D81.6 Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade D81.7 Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade D81.8 Outras deficiências imunitárias combinadas D82.0 Síndrome de Wiskott-Aldrich D82.1 Síndrome de di George</p>



DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS:

SITUAÇÃO CLÍNICA Fórmulas Nutricionais	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Profissional Especialista
<p>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</p> <p>F2 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p> <p>F3 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Para maiores 6 meses - Plano alimentar ⁴.- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros- Para crianças menores de 6 meses – Formulário de informações sobre a amamentação emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA².- Formulário de abertura de processos de fórmulas infantis – ANEXO C.	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. Trimestral- Para maiores 6 meses - Plano alimentar⁴ - Trimestral- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros. - Trimestral	<p>L50.0 L58.8 T78.1 H13.2 J20 T78.0 K23.8 K52.2 L27.2 K52.2 R63.8</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano ou de local referenciado pela SESA.</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatria, Neonatologista, etc).</p>



<p>Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral</p> <p>P1 – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten.</p> <p>P7 - Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p> <p>P8 - Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p>	<p>- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.</p> <p>- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.</p> <p>- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade).</p> <p>- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³.</p>	<p>- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral</p> <p>- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral</p> <p>- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³ - Semestral</p>	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>
<p>Fórmulas para Nutrição Enteral</p> <p>A1 - Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, sem adição de lactose, isento de glúten, fonte de proteína a base de caseinato.</p> <p>A2 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.</p>	<p>- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ .</p> <p>- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.</p> <p>- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.</p> <p>- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade).</p>	<p>- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ . – Semestral</p> <p>- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral</p> <p>- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). - Trimestral</p>	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Médico Nutricionista/Médico Nutrólogo Médico ou Nutricionista</p>