

PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES ACERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
			DADOS PESSOAIS: CNS; RG; CPF; DATA DE NASCIMENTO; SEXO; NOME DA MÃE; CEP; LOGRADOURO; UF; MUNICÍPIO E TELEFONE. LME DEVIDAMENTE PREENCHIDA PELO MÉDICO; PRESCRIÇÃO MÉDICA; TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE	LME DEVIDAMENTE PREENCHIDA PELO MÉDICO; PRESCRIÇÃO MÉDICA; TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE	
Acne grave	I70.0 acne vulgar I70.1 acne conglobata I70.8 outras formas de acne	Isotretinoína 10 mg cap grupo 2 Isotretinoína 20 mg cap grupo 2	Especialidade Médica: Dermatologista Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Anexo XV ou Anexo XVI - Portaria nº 344/98). Triglicérides sérico Transferases -TGO transaminases hepáticas -TGP Colesterol total e frações Teste de gravidez (sexo feminino em idade fértil) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Dermatologista Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos - mensal Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Anexo XV ou Anexo XVI - Portaria nº 344/98). - mensal Teste de gravidez (sexo feminino em idade fértil) - mensal Triglicérides séricos - trimestral Transferases -TGO - trimestral transaminases hepáticas -TGP - trimestral Colesterol total e frações- trimestral	
Acromegalia	E22.0 acromegalia e gigantismo hipofisário	Cabergolina 0,5 mg comp grupo 1.a Lanreotida 120 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Lanreotida 60 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Lanreotida 90 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Octreotida LAR 10 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.b Octreotida LAR 20 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Octreotida LAR 30 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Octreotida 0,1 mg/ml sol inj (amp) grupo 1.b	Especialidade Médica: Neurocirurgião, Endocrinologista e Neuroendocrinologista. IGF-1 GH após sobre carga de glicose. Glicose de jejum TSH T4 livre Exame de imagem tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) de sela túrcica TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Neurocirurgião, Endocrinologista e Neuroendocrinologista. IGF-1 e GH após sobrecarga de glicose: trimestral por um ano e posteriormente anual. IGF-1 e GH sem sobrecarga de glicose: semestral (paciente diabético) trimestral por um ano e posteriormente anual. Tomografia computadorizada ou ressonância magnética de sela túrcica: anual	

Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAPOETINA	N18.0 doença renal em estágio final N18.8 outra insuficiência renal crônica	Alfaepoetina 1.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 10.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 2.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 3.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 4.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a	Especialidade Médica: Nefrologista	Especialidade Médica: Nefrologista	
			Hemograma completo Dosagem de ferritina sérica IST - Saturação de transferrina Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Dosagem de ferritina sérica: mensal Dosagem de hemograma: mensal IST - Saturação de transferrina: mensal Registro de aferição de pressão: mensal	
Anemia na Doença Renal Crônica - reposição de ferro	N18.0 doença renal em estágio final N18.8 outra insuficiência renal crônica	Sacarato de hidróxido férrico 100 mg sol inj (fr) 5 ml grupo 1.b	Especialidade Médica: Nefrologista	Especialidade Médica: Nefrologista	
			Dosagem de Ferritina sérica Hemograma completo IST - Saturação de transferrina Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Dosagem de hemoglobina: mensal Dosagem de ferritina sérica: trimestral IST: Saturação de transferrina: trimestral	Interroner o tratamento com ferro parenteral, quando a saturação de transferrina for superior a 30% ou a ferritina sérica for superior a 500 ng/ml. Suspender o uso de ferro parenteral de 7 a 10 dias antes da realização dos exames.
Anemia hemolítica autoimune	D59.0 anemia hemolítica autoimune induzida por droga D59.1 outras anemias hemolíticas autoimunes	CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B	Especialidade Médica: Hematologista	Especialidade Médica: Hematologista	
			Hemograma completo Teste de coombs direto Dosagem de reticulócitos Dosagem de bilirrubina total e frações Dosagem de creatinina Dosagem de haptoglobina Dosagem de desidrogenase láctica (DHL) Para a identificação do subtipo: • anti-IgG ou anti-IgA ou • anti-C3 e pesquisa de crioaglutinas ou • anti-IgG com teste de Donath-Landsteiner TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Para imunoglobulina: Creatinina: trimestral Hemograma: trimestral Avaliação clínica de efeitos adversos relacionados à infusão e débito urinário: semestral Para ciclofosfamida: Hemograma completo: mensal ou se mudança de dose TGO: trimestral TGP: trimestral GGT: trimestral Bilirrubinas: trimestral Para ciclosporina: Hemograma: trimestral Monitorização dos níveis séricos do fármaco: semestral Dosagem de creatinina: mensalmente Manutenção da pressão arterial: mensalmente	

Angioedema associado à deficiência de C1 esterase (C1-INH)	D84.1 defeito no sistema complemento	Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b	Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária. Anamnese, exame físico e quadro clínico compatível com AEH. Dosagem de C1-INH (inibidor de C1-esterase) Dosagem de complemento CH50 Dosagem de complemento C4 OU Teste genético (presença de mutação patogênica em SERPING1) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária. Dosagem de C1-INH (dosar após 30 dias de tratamento) Dosagem de C4 (dosar após 30 dias de tratamento) Hemograma: semestral TGP/TGO: semestral GGT: semestral Fosfatase Alcalina: semestral Colesterol total e frações: semestral Triglicerídeos: semestral Exame qualitativo de urina: semestral Ultrassonografia abdominal: anual	Após o primeiro mês de tratamento, avaliar a resposta clínica (ausência de evento agudo) e laboratorial (atividade da C1-INH em aproximadamente 50% do valor normal e C4 dentro dos valores normais). Se o resultado inicial for satisfatório, promover a redução da dose do danazol para a menor dose capaz de controlar os sintomas clínicos.
Artrite psoriásica	M07.0 artropatia psoriásica interfalangiana distal M07.2 espondilite psoriásica M07.3 outras artropatias psoriáticas	Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe Pegol 200mg/ml sol inj Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Etanercepte (biossimilar bio-manguinhos) 50 mg sol inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (pfizer/enbrel®) 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Secuquinumabe 150 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Tofacitinibe 5 mg cp	Especialidade Médica: Reumatologista e Dermatologista Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR) Para todas as medicações: Hemograma (contagem de plaquetas) Exame TGP e TGO Exame de dosagem de creatinina sérica Exame de VHS Exame de PCR Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia ou ultrassonografia ou ressonância magnética ou tomografia computadorizada) Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). Para SULFASSALAZINA, METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, TOFACITINIBE, INFILIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, ETNANERCEPTE, SECUQUINUMABE E CERTOLIZUMABE, CICLOSPORINA apresentar TAMBÉM: Exame de anti-HCV Exame de anti-HIV Exame de HBsAg Para TOFACITINIBE, INFILIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, ETNANERCEPTE, SECUQUINUMABE, CERTOLIZUMABE, LEFLUNOMIDA, SULFASSALAZINA, CICLOSPORINA apresentar TAMBÉM: Radiografia de tórax PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Reumatologista e Dermatologista Exame de VHS: trimestral Exame de PCR: trimestral Hemograma (contagem de plaquetas): trimestral Exame de dosagem de creatinina sérica: trimestral Exame TGP e TGO: trimestral Exame de anti-HCV: anual Exame de anti-HIV: anual Exame de HBsAg: anual Radiografia de tórax: anual	Não é necessário repetir o teste PPD ao longo do tratamento em pacientes com PT ≥ 5 mm ou pacientes que já receberam o tratamento completo para tuberculose. Pacientes com PT < 5 mm necessitam repetir o teste anualmente, enquanto estiverem em uso de MMDC66. Nos casos de interrupção de tratamento no período de 6 meses ou mais, para retorno do tratamento, paciente deverá apresentar exame de PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA atualizado (independente do medicamento biológico em uso).

Artrite reativa	M03.2: outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte. M03.6: artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte. M02.1: artropatia pós-desintérica. M02.3: doença de Reiter.	Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2	Especialidade Médica: Preferencialmente reumatologista. Relato médico com a história clínica do paciente de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores dos sinais articulares; Relato médico do quadro clínico de artrite; Exame Hemograma com plaquetas; Exame parcial de urina; Exame Proteína C reativa (PCR); Exame Velocidade de Hemossedimentação (VHS); Exame AST/TGO e ALT/ TGP; Para Sulfassalazina apresentar também: Exame HIV Exame HbsAg Exame anti-HCV TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Sem exigência de especialidade médica. Hemograma com plaquetas: trimestral Creatinina: trimestral Parcial de urina: trimestral AST/TGO: trimestral ALT/ TGP: trimestral	
Artrite reumatóide	M05.0 Síndrome de Felty 3 M05.1 Doença reumatoide do pulmão – M05.2 Vasculite reumatoide M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas M05.8 Outras artrites reumatoides soropositivas M06.0 Artrite reumatoide soronegativa M06.8 Outras artrites reumatoides especificadas	Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Cloroquina 150 mg comp grupo 2 Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Upadacitinibe 15 mg cp Baricitinibe 2mg e 4 mg cp Metilprednisolona (succinato) 500 mg intravenoso Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Abatacepte 125 mg/ml sol inj (ser preenc) 1 ml grupo 1.a Abatacepte 250 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Rituximabe 500 mg sol inj (fr-amp) 50 ml grupo 1.a Tocilizumabe 20 mg/ml sol inj (fr-amp) 4 ml grupo 1.a Tofacitinibe 5 mg comp grupo 1.a Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2	Especialidade Médica: Reumatologista Para todas as medicações: Hemograma (contagem de plaquetas) Exame TGO e TGP Exame de dosagem de creatinina sérica Exame de VHD Exame de PCR Fator Reumatóide OU Anti-CCP Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia ou ultrassonografia ou ressonância magnética ou tomografia computadorizada) Beta-hcg para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). Para SULFASSALAZINA, HIDROXICLOROQUINA, CLOROQUINA, TOFACITINIBE, BARICITINIBE, UPADACITINIBE, METOTREXATO, CICLOSPORINA, AZATIOPRINA, LEFLUNOMIDA, INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, ETNERCEPTE, CERTOLIZUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE E TOCILIZUMABE apresentar também: Exame de Anti-HCV Exame de Anti-HIV Exame de HBSAG Para CERTOLIZUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE, ETNERCEPTE, INFLIXIMABE, TOFACITINIBE, BARICITINIBE, UPADACITINIBE, TOCILIZUMABE, SULFASSALAZINA, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, HIDROXICLOROQUINA apresentar também: Radiografia de tórax PPD (prova tuberculínica ou mantoux) ou IGRA. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESP. – TER	Especialidade Médica: Reumatologista Exame de VHS: trimestral Exame de PCR: trimestral Hemograma (contagem de plaquetas): trimestral Exame de dosagem de creatinina sérica: trimestral Exame TGP e TGO: trimestral Para TOCILIZUMABE apresentar também: Colesterol total e frações: trimestral Triglicérides: trimestral Para HIDROXICLOROQUINA E CLOROQUINA apresentar também: Avaliação oftalmológica inicial e anual após 5 anos	Trocas de Biológicos (anexar): Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, laudo RX de tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA. Não é necessário apresentar novas sorologias (HBSAg, anti-HCV e HIV) e exame de imagem das áreas afetadas pela doença. - Nas trocas de biológicos, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA não é necessário: na troca de Anti-TNF para anti-TNF ou na troca de Anti-TNF para não anti-TNF. Demais trocas, o exame deve ser apresentado. ATENÇÃO: Nos casos de interrupção de tratamento no período de 6 meses ou mais, para retorno do tratamento, paciente deverá apresentar exame de PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA atualizado (independente do medicamento biológico em uso).

Artrite idiopática juvenil	<p>M08.0 Artrite reumatoide juvenil M08.1 Espondilite anquilosante juvenil M08.2 Artrite juvenil com início sistêmico M08.3 AIJ poliarticular juvenil M08.4 Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular) M08.8 Outras artrites juvenis M08.9 Artrite juvenil não especificada</p>	<p>Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Cloroquina 150 mg comp grupo 2 Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Abatacepte 250 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Tocilizumabe 20 mg/ml sol inj (fr-amp) 4 ml grupo 1.a</p>	<p>Especialidade Médica: Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia</p> <p>Para todas as medicações:</p> <p>Hemograma (contagem de plaquetas) Exame TGO e TGP Exame de dosagem de creatinina sérica Exame de VHD Exame de PCR Detecção do HLA B27 Exame de FAN Exame de Anti-HCV Exame de Anti-HIV Exame de HBSAG</p> <p>Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia ou ultrassonografia ou ressonância magnética ou tomografia computadorizada) Beta-hcg para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p> <p>Para INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, , ETANERCEPTE, TOCILIZUMABE, ABATACEPTE apresentar também: Radiografia de tórax PPD (prova tuberculínica ou mantoux) ou IGRA.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia</p> <p>Hemograma (contagem de plaquetas) -trimestral Exame de dosagem de creatinina sérica -trimestral Exame TGP e TGO - trimestral</p> <p>Para INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE E TOCILIZUMABE apresentar também: JADAS clínico - trimestral</p>	<p>Troca de Biológicos: novas sorologias (HBSAg, anti-HCV e HIV) e exames de imagem das áreas afetadas pela doença não são necessários. Demais exames devem ser apresentados.</p> <p>Nas trocas de biológicos, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA não é necessário: na troca de Anti-TNF para anti-TNF ou na troca de Anti-TNF para não anti-TNF. Demais trocas, o exame deve ser apresentado</p>
Artropatia Enteropática	<p>M07.4 Artropatia na doença de Crohn (enterite regional). M07.5 Artropatia na colite ulcerativa. M07.6 Outras artropatias enteropáticas</p>	<p>Sulfassalazina 500 Mg Comp Grupo 2</p>	<p>Especialidade Médica:Não há exigência de especialidade.</p> <p>Hemograma TGO TGP PCR VHS</p> <p>Laudo de colonoscopia e/ou de exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de enteropatia Laudo do exame de imagem das articulações afetadas</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Não há exigência de especialidade.</p> <p>Hemograma - Trimestral TGO - Trimestral TGP - Trimestral PCR - Trimestral VHS - Trimestral</p>	

Asma	J45.0 Asma predominante alérgica J45.1 Asma não alérgica J45.8 Asma mista	Budesonida 200 mcg cap inal grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 100 doses) grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Budesonida 400 mcg cap inal grupo 2 Fenoterol 100 mcg aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Formoterol + budesonida 12 + 400 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol + budesonida 6 + 200 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol 12 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Salmeterol 50 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 60 doses) grupo 2 Omalizumabe: pó para solução injetável ou solução injetável de 150mg Mepolizumabe: pó para solução injetável de 100 mg ou caneta aplicadora (100 mg em 1ml)	Especialidade Médica: Pneumologista, alergista ou pediatra. Para Todos os Medicamentos: Espirometria completa com laudo e/ou Teste de Broncoprovocação quando a espirometria estiver normal. Para OMALIZUMABE apresentar também: Dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica Para MEPOLIZUMABE apresentar também: Contagem de eosinófilos (hemograma completo) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Pneumologista, alergista ou pediatra. Para Todos os Medicamentos: Espirometria completa - semestral ou anual (a critério médico). Teste de controle de Asma (ACT) e questionário GINA - semestral	
Atrofia Medular Espinhal 5Q TIPO I e II	G12.0 G12.1	Nusinersena 2,4 mg/ml solução injetável 5 ml grupo 1.a Risdiplam 0,75 mg/ml pó para solução 80 ml grupo 1.a	Especialidade Médica: Neurologista ou geneticista. Exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA ou NGS); Cópia do cartão de vacinação; Questionário para avaliação clínica e acompanhamento de pacientes com diagnóstico de AME 5q tipos 1 e 2 completamente preenchido; Escala de função motora preenchida (CHOP INTEND para AME tipo I e HFMSE para AME tipo II) e assinada pelo executor do teste. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Neurologista ou geneticista. Questionário para avaliação clínica e acompanhamento de pacientes com diagnóstico de AME 5q tipo I completamente preenchido. - Trimestralmente Escala de função motora preenchida (CHOP INTEND para AME tipo I e HFMSE para AME tipo II) e assinada pelo executor do teste. - trimestralmente Cópia do cartão de vacinação - trimestralmente	
Colangite biliar primária	K74.3	Ácido ursodesoxicólico 150 mg comp grupo 1.b Ácido ursodesoxicólico 300 mg comp grupo 1.b Ácido ursodesoxicólico 50 mg comp grupo 1.b	Especialidade Médica: Gastroenterologista, hepatologista ou cirurgião do aparelho digestivo. Exame de Fosfatase alcalina Exame de Gama-Glutamil-Transferase AMA - Anticorpo Antimitocondrial E/OU AAN Anticorpos Anti-núcleares E/OU; Biópsia hepática mostrando colangite destrutiva não supurativa. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade Médica: Gastroenterologista, hepatologista ou cirurgião do aparelho digestivo. Fator anti-nuclear (FAN): anual Bilirrubina total: anual	

Comportamento agressivo no transtorno do espectro do autismo	F84.0 Autismo infantil F84.1 Autismo atípico F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento	Risperidona 1 mg comp grupo 1.b Risperidona 1 mg/ml sol oral (fr) 30 ml grupo 1.b Risperidona 2 mg comp grupo 1.b Risperidona 3 mg comp grupo 1.b	Especialidade Médica: Psiquiatria, Neurologia, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Psiquiatria, Neurologia, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	Em pacientes com alguma cardiopatia conhecida eletrocardiogramas cada 3 meses avaliando-se a necessidade ou não de interrupção. É importante ter cautela ao utilizar a risperidona em pacientes com prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma. A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver relato de sinais ou sintomas compatíveis com alterações hormonais.
			Hemograma completo Dosagem de Colesterol total e frações; Dosagem de Triglicerídeos; Dosagem de Glicemia de jejum; Dosagem de prolactina Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) Cópia da avaliação da pressão arterial (resultado de três aferições em datas diferentes) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Hemograma completo: semestral Dosagem de prolactina: semestral Dosagens de colesterol total e frações: semestral Triglicerídeos: semestral Glicemia de jejum: semestral	
Deficiência de biotinidase (DB)	E88.9 - Distúrbio metabólico não especificado	biotina 2,5 mg cápsula grupo 1.a	Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.	Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.	Observação: Acompanhamento clínico/ambulatorial que se segue ao diagnóstico deve ser mensal Os pacientes diagnosticados ainda assintomáticos devem fazer avaliações audiológica e oftalmológica a cada 2 anos até os 16 anos de vida.
			Cópia do exame de dosagem de biotinidase no plasma ou em papel-filtro (teste do pezinho). TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Casos suspeitos: 1ª renovação (após 6 meses da abertura do processo); determinação quantitativa plasmática da atividade enzimática da biotinidase por método colorimétrico ou fluorimétrico.	
Deficiência do hormônio do crescimento (hipopituitarismo)	E23.0 (hipopituitarismo)	Somatropina 12 ui sol inj ou pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Somatropina 16 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Somatropina 4 ui sol inj ou pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Especialidade Médica: Endocrinologista Pediátrico, Endocrinologista	Especialidade Médica: Endocrinologista Pediátrico, Endocrinologista	
			Anamnese; Tratamentos prévios; Dose inicial de GH por quilo de peso por dia; Informar peso e comprimento ao nascer, idade gestacional e altura mediana dos pais biológicos, peso e altura atual da criança, estágio puberal; Velocidade de Crescimento no último ano OU Curva de Crescimento no último ano; Dosagem de IGF-1; Glicemia em jejum; Tsh; T4 livre; Radiografia de mãos e punhos c/ laudo médico; RNM da região hipotálamo-hipofisária; (em caso de não se poder realizar RNM pode ser feito TC); Cariótipo em MENINAS Teste de Estímulo de GH com insulina Teste de Estímulo de GH com clonidina TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE – TER	Dosagem da Glicemia de jejum: anual Dosagem de T4 total, T4 livre e TSH: anual Radiografia de mãos e punhos c/ laudo médico: anual Relatório de crescimento: anual Dosagem de IGF-1: semestral ou após mudança de dose	

<p>Dermatite atópica</p>	<p>L20.0 - Prurigo de Besnier; L20.8 - Outras dermatites atópicas.</p>	<p>CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2</p>	<p>Especialidade Médica: Alergologista ou Dermatologista</p> <p>Critérios clássicos de Hanifin e Rajka: OU Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido</p> <p>Escalas de gravidade: EASI; SCORAD; POEM; PO-SCORAD; VIGA-AD; IGA ou Prurido-NRS (consultar quadro 5 do PCDT)</p> <p>TGP/ALT TGO/AST Colesterol total e frações (com triglicédeos) Creatinina sérica Fosfatase Alcalina (FA) Hemograma com plaquetas Gama-GT Parcial de urina (EQU) Bilirrubinas total e frações Beta-HCG para pessoas com útero ≤ 55 anos HBsAg Anti-HCV Anti HIV Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA (Obs.: em caso de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo, apresentar relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose) Radiografia de tórax</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Alergologista ou Dermatologista</p> <p>Pressão arterial: mensal Uréia: mensal Creatinina sérica: mensal Potássio: mensal Clearance de creatinina: anual</p>	
--------------------------	--	---	---	--	--

<p>Dermatiosite e Polimiosite</p>	<p>M33.0 Dermatosite juvenil M33.1 Outras dermatiosites M33.2 Polimiosite</p>	<p>azatioprina 50 mg comp grupo 2 ciclosporina 10 mg cap grupo 2 ciclosporina 100 mg cap grupo 2 ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 ciclosporina 25 mg cap grupo 2 ciclosporina 50 mg cap grupo 2 hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a imunoglobulina humana 0,5 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 1 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 2,5 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 3 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a imunoglobulina humana 6 g inj (fr) grupo 1.b</p>	<p>Especialidade Médica: Conforme PCDT não há exigência de especialidade</p> <p>Para Todos Medicamentos: Laudo de Biópsia muscular Eletromiografia Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK) Dosagem de Aldolase Dosagem de Desidrogenase láctica (DHL) Dosagem de TGO Dosagem de TGP Hemograma completo com contagem de plaquetas Creatinina Uréia B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para os Medicamentos CICLOSPORINA também: Medida de Pressão Arterial Ácido úrico Triglicérides Colesterol e frações Potássio Magnésio</p> <p>Para os Medicamentos HIDROXICLOROQUINA também: Avaliação oftalmológica.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE</p>	<p>Especialidade Médica: Conforme PCDT não há exigência de especialidade</p> <p>Monitorização periódica da força muscular nos quadríceps, deltoides e flexores do pescoço: semestral Dosagem das enzimas séricas: CPK / Aldolase / LDH / TGP e TGO: semestral.</p> <p>Monitorização da toxicidade dos imunossupressores, realizar os seguintes exames: Para Azatioprina: Hemograma completo, Fosfatase alcalina, TGO/TGP: mensal Para Ciclosporina: Creatinina - Periodicidade: mensal Perfil Lipídico, Sódio e Potássio Periodicidade: Semestral Para Hidroxicloroquina: Exame oftalmológico - anual Dosagem de CPK e Aldolase - anual Para Metotrexato: Hemograma completo, Uréia, Creatinina, TGO e TGP Periodicidade: semestral</p>	
<p>Diabetes Insípido</p>	<p>E23.2 Diabete insípido</p>	<p>Desmopressina 0,1 mg/mL (100 mcg/mL) com aplicação nasal (frasco de 2,5 mL em solução ou spray) grupo 1.a Desmopressina - comprimidos de 0,1 e 0,2 mg.</p>	<p>Especialidade médica: Endocrinologista / Nefrologista</p> <p>Exame de Osmolaridade urinária ANTES da administração da desmopressina Exame de Osmolaridade urinária DEPOIS da administração da desmopressina Exame de dosagem de Sódio sérico ANTES da administração da desmopressina Exame de Osmolalidade plasmática ANTES da administração da desmopressina Ressonância magnética da região hipotalâmica-hipofisária Exame com volume urinário de 24h</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Endocrinologista / Nefrologista</p> <p>Exame de dosagem de sódio plasmático: semestral</p>	

Diabete Melito tipo 1	<p>E10.0 Diabete melito insulino-dependente - com coma</p> <p>E10.1 Diabete melito insulino-dependente - com cetoacidose</p> <p>E10.2 Diabete melito insulino-dependente - com complicações renais</p> <p>E10.3 Diabete melito insulino-dependente - com complicações oftálmicas</p> <p>E10.4 Diabete melito insulino-dependente - com complicações neurológicas</p> <p>E10.5 Diabete melito insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas</p> <p>E10.6 Diabete melito insulino-dependente - com outras complicações especificadas</p> <p>E10.7 Diabete melito insulino-dependente - com complicações múltiplas</p> <p>E10.8 diabete melito insulino-dependente - com complicações não especificadas</p> <p>E10.9 diabete melito insulino-dependente - sem complicações</p>	<p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE APLICAÇÃO DESCARTÁVEL 3 ML GRUPO 1.A</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE APLICAÇÃO REUTILIZÁVEL 3 ML GRUPO 1.A</p> <p>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA 100 UI/ML TUBETE GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista</p> <p>Hemoglobina glicada (HbA1c)</p> <p>Glicemia aleatória</p> <p>Glicemia em jejum</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista</p> <p>Hemoglobina glicada (HbA1c)</p> <p>Periodicidade: Diabetes não controlada: trimestral Diabetes controlada: semestral</p>	
Conduas Terapêuticas Complementares da Diabetes Mellitus - MT	E10, E11	<p>Insulina glargina 100 UI/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina análoga de ação rápida 100 ui/ml sol inj (ser preenc) elenco estadual</p> <p>-Linagliptina 5 mg comprimido elenco estadual</p> <p>-Pioglitazona, cloridrato 30 mg comprimido elenco estadual</p> <p>-Insulina glulisina 100 ui/ml com sistema de aplicação carpule 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina glulisina 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina asparte 100 ui/ml solução injetável com sistema de aplicação 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina asparte 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina glargina 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>-Insulina lispro 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista</p> <p>Hemoglobina glicada</p> <p>Glicemia em jejum</p> <p>Glicemia pós-prandial</p> <p>ANEXO I -Relatório médico para o programa complementar de diabetes mellitus</p> <p>ANEXO III - Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa complementar de diabetes mellitus</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista</p> <p>Hemoglobina glicada: semestral</p> <p>Formulário para permanência no programa complementar de diabetes mellitus: ANEXO II: semestral</p>	
Diabetes Melito tipo 2 (MT - Elenco Estadual)	E11, E11.0, E11.1 - Conduas Terapêuticas Complementares na Diabetes Mellitus	<p>Insulina asparte 100 UI/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>Insulina glulisina 100 UI/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>Insulina glargina 100 UI/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>Insulina lispro 100 UI/ml solução injetável 3 ml elenco estadual</p> <p>Linagliptina 5 mg comprimido elenco estadual</p> <p>Pioglitazona, cloridrato 30 mg comprimido elenco estadual</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente</p> <p>Hemoglobina glicada</p> <p>Glicemia em jejum</p> <p>Glicemia pós-prandial</p> <p>ANEXO I -Relatório médico para o programa complementar de diabetes mellitus</p> <p>ANEXO III - Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa complementar de diabetes mellitus</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente</p> <p>Formulário para permanência no programa complementar de diabetes mellitus: ANEXO II: semestral</p>	

<p>Diabetes Melito tipo 2 (MT - Elenco Federal)</p>	<p>E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas E11.9 - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações</p>	<p>Dapagliflozina 10 mg comprimido grupo 2</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente</p> <p>Hemoglobina glicada Glicemia em jejum Exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente</p> <p>Hemoglobina glicada: semestral Glicemia em jejum: semestral</p> <p>Perfil lipídico; Fundoscopia: anual</p>	
<p>Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite</p>	<p>E78.0 Hipercolesterolemia pura E78.1 Hipertrigliceridemia pura E78.2 Hiperlipidemia mista E78.3 Hiperquilomicronemia E78.4 Outras hiperlipidemias E78.5 Hiperlipidemia não especificada E78.6 Deficiências de lipoproteínas E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas</p>	<p>Ácido nicotínico 250 mg comp de lib prol grupo 2 Ácido nicotínico 500 mg comp de lib prol grupo 2 Ácido nicotínico 750 mg comp de lib prol grupo 2 Atorvastatina 10 mg comp grupo 2 Atorvastatina 20 mg comp grupo 2 Atorvastatina 40 mg comp grupo 2 Atorvastatina 80 mg comp grupo 2 Fluvastatina 20 mg cap grupo 2 Fluvastatina 40 mg cap grupo 2 Lovastatina 10 mg comp grupo 2 Lovastatina 20 mg comp grupo 2 Lovastatina 40 mg comp grupo 2 Pravastatina 10 mg comp grupo 2 Pravastatina 20 mg comp grupo 2 Pravastatina 40 mg comp grupo 2 Etofibrato 500 mg cap grupo 2 Fenofibrato 200 mg cap grupo 2 Fenofibrato 250 mg cap de lib retard grupo 2 Bezafibrato 200 mg drágea ou comp grupo 2 Bezafibrato 400 mg comp de desint lenta grupo 2 Ciprofibrato 100 mg comp grupo 2 Genfibrozila 600 mg comp grupo 2 Genfibrozila 900 mg comp grupo 2</p>	<p>Especialidade médica: Cardiologista / Geriatria</p> <p>Glicemia Colesterol total HDL LDL Triglicerídeos TGO E TGP TSH Tempo de protrombina creatinofosfoquinase (CPK) Beta-HCG para mulheres com idade < 55 anos</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Cardiologista / Geriatria</p> <p>Dosagem Lipidograma completo: semestral Dosagem TGO e TGP: semestral Dosagem TSH: semestral Dosagem CPK: semestral</p>	

<p>Distonias focais e espasmo hemifacial</p>	<p>G24.3 Torcicolo espasmódico G24.4 Distonia orofacial idiopática G24.5 Blefaroespasmo G24.8 Outras distonias G51.3 Espasmo hemifacial clônico G51.8 Outros transtornos do nervo facial</p>	<p>Toxina botulínica tipo A 100 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Toxina botulínica tipo A 500 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica: Fisiatra / Neurologista / Neurocirurgião B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Ponto de aplicação TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Fisiatra / Neurologista / Neurocirurgião Beta- HCG para mulheres em idade fértil: trimestral Ponto de aplicação</p>	
<p>Distúrbio mineral ósseo na doença renal crônica</p>	<p>N18.0 N18.2 - DRC estágio 2 N18.3 - DRC estágio 3 N18.4 - DRC estágio 4 N18.5 - DRC estágio 5 N25.0 - Osteodistrofia Renal E83.3 Distúrbios do metabolismo do fósforo</p>	<p>Calcitriol 0,25 mcg cap grupo 2 Calcitriol 1 mcg sol inj (amp) grupo 2 Cinacalcete 30 mg comp grupo 1.a Cinacalcete 60 mg comp grupo 1.a Desferroxamina 500 mg pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Paricalcitol 5 mcg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 1.a Sevelamer 800 mg comp grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica: Nefrologista Dosagem de Fósforo sérico Dosagem de Cálcio total sérico Calcitriol 1 mcg sol inj (amp) grupo 2 Cinacalcete 30 mg comp grupo 1.a Cinacalcete 60 mg comp grupo 1.a Desferroxamina 500 mg pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Paricalcitol 5 mcg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 1.a Sevelamer 800 mg comp grupo 1.a TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Nefrologista Dosagem de Fósforo sérico: semestral Dosagem de Cálcio total sérico: semestral Dosagem de Paratormônio: semestral Dosagem de Fosfatase alcalina: semestral Dosagem da Vitamina D (25-hidroxivitamina): semestral Dosagem de Albumina sérica: semestral</p>	
<p>Dispensação de Sertralina para Tratamento da Ansiedade e Depressão - MT Não tem no SMAC.</p>	<p>F06.4 Transtornos da ansiedade orgânicos F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado F32.0 Episódio depressivo leve F32.1 Episódio depressivo moderado F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F32.8 Outros episódios depressivos (Esse CID não consta no hórús) F32.9 Episódio depressivo não especificado (Esse CID não consta no hórús) F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes F34.0 Ciclotimia: Tipificado por oscilação persistente do humor com repetidos períodos de depressão ou de leve grandeza. Entretanto nenhum deles é grave ou prolongado o bastante para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar. F34.1 Distímia: Caracterizado por queda do humor de forma crônica, perdurando por anos, mas cuja magnitude não é suficiente ou os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve. F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes. F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica] F41.1 Ansiedade generalizada</p>	<p>SERTRALINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL</p>	<p>Especialidade médica: Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (CAPS) Formulário de diagnóstico conforme anexo I, preenchido e assinado por profissional médico: semestral</p>	<p>Especialidade médica: Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (CAPS) Formulário de diagnóstico conforme anexo I, preenchido e assinado por profissional médico: semestral</p>	

<p>Dispensação de Protetor Solar destinado a pacientes Lúpicos com definida Fotossensibilidade</p> <p>Não tem no SMAC</p>	<p>M32 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico).</p>	<p>Protetor Solar (fator de proteção 30)</p>	<p>Especialidade médica: Dermatologista</p> <p>Anexo I (do protocolo de dispensação de protetor solar) devidamente preenchido, evidenciando o diagnóstico de fotossensibilidade lúpica.</p>	<p>Especialidade médica: Dermatologista/ Clínico</p> <p>Anexo I (do protocolo de dispensação de protetor solar) devidamente preenchido, evidenciando o diagnóstico de fotossensibilidade lúpica: semestral</p>	
<p>Doença de Alzheimer</p>	<p>G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista</p>	<p>Donepezila 10 mg comp grupo 1.a Donepezila 5 mg comp grupo 1.a Galantamina 16 mg cap de lib prol grupo 1.a Galantamina 24 mg cap de lib prol grupo 1.a Galantamina 8 mg cap de lib prol grupo 1.a Rivastigmina 1,5 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 18 mg adesivo transdérmico grupo 1.a Rivastigmina 2 mg/ml sol oral (fr) 120 ml grupo 1.b Rivastigmina 3 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 4,5 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 6 mg cap grupo 1.a</p> <p>Rivastigmina 9 mg adesivo transdérmico grupo 1.a Memantina, cloridrato 10 mg cap liberação controlada grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica: Neurologista / Geriatria / Psiquiatra</p> <p>Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo Hemograma Potássio, Sódio e Cálcio Glicose Uréia Creatinina Nível sérico de vitamina B12 TSH VDRL TGO /TGP HIV (em pacientes com menos de 60 anos) Ácido fólico</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Neurologista / Geriatria / Psiquiatra</p> <p>Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): mensal nos primeiros três meses de tratamento e após, semestral Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR): mensal nos primeiros três meses de tratamento e após, semestral</p> <p>Para Galantamina: Creatinina: semestral TGP e TGO: semestral Fosfatase alcalina: semestral</p>	
<p>Doença de Crohn</p>	<p>K50.0 Doença de Crohn do intestino Delgado K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso K50.8 Outra forma de doença de Crohn</p>	<p>Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Mesalazina 400 mg comp grupo 2 Mesalazina 500 mg comp grupo 2 Mesalazina 800 mg comp grupo 2 Metilprednisolona 500 mg pó liof inj (amp) grupo 2 Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica - Gastroenterologista / Proctologista</p> <p>Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) Colonoscopia - Laudo do Anatomopatológico Hemograma completo PCR VHS TC ou RM de abdomen</p> <p>Para METOTREXATO: B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para SULFASSALAZINA e MESALAZINA também: EAS e creatinina</p> <p>Para ADALIMUMABE, INFLIXIMABE, CERTOLIZUMABE apresentar também:</p> <p>Radiografia de tórax Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica - Gastroenterologista / Proctologista</p> <p>Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) - a cada 6 meses Hemograma completo Exame de urina tipo I Creatinina Potássio e Sódio Glicemia de jejum TGO e TGP Fosfatase Alcalina - FAL</p> <p>Periodicidade : Semestral</p>	

Doença de Gaucher	E75.2 Outras esfingolipidoses – doença de Gaucher	alfataliglicerase 200 ui pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a alfavelaglicerase 400 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a miglustate 100 mg cap grupo 1.a imiglucerase 400 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Especialidade médica: Hematologista Geneticista, Gastroenterologista, Pediatra ou Neurologista. Descrição clínica detalhada associadas a Doença de Gaucher Dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos Análise molecular do Gene GBA1 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Hematologista Geneticista, Gastroenterologista, Pediatra ou Neurologista. Formulário e receita médica: semestral	
Doença de Paget	M88.0 Doença de Paget do crânio. M88.8 Doença de Paget de outros ossos.	Calcitonina 100 ui sol inj (amp) grupo 2 Calcitonina 200 ui por dose spray nas (fr) grupo 2 Calcitonina 50 ui sol inj (amp) grupo 2 Riseditronato 35 mg comp grupo 2 Riseditronato 5 mg comp grupo 2 Ácido Zoledrônico 0,05mg/ml solução injetável 100ml grupo 2	Especialidade médica: Reumatologista, Ortopedista, Endocrinologista Dosagem da Fosfatase Alcalina Dosagem do Cálcio sérico Dosagem de Paratormônio (PTH) Exame da Taxa de Filtração glomerular Dosagem da Creatinina sérica Laudo Radiológico Cintilografia óssea TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Reumatologista, Ortopedista, Endocrinologista Dosagem da Fosfatase Alcalina: semestral	
Doença de Parkinson	G20 Doença de Parkinson	Amantadina 100 mg comp grupo 1.b Bromocriptina 2,5 mg comp grupo 1.b Entacapona 200 mg comp grupo 1.a Pramipexol 0,125 mg comp grupo 1.a Pramipexol 0,25 mg comp grupo 1.a Pramipexol 1 mg comp grupo 1.a Rasagilina 1 mg comprimido grupo 1.a Selegilina 10 mg comp grupo 1.b Selegilina 5 mg comp grupo 1.b Tolcapona 100 mg comp grupo 1.b Triexifenidil 5 mg comp grupo 1. Clozapina: comprimidos de 25 mg e 100 mg.	Especialidade Médica: Neurologista, Geriatria e Psiquiatria TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Neurologista, Geriatria e Psiquiatria Para Bromocriptina: Ecocardiograma: anual Clozapina : Hemograma completo: mensal	
Doença de Pompe	E 74.0 - Doença de depósito de glicogênio	alfa-1-glicosidase 50 mg pó liofilizado para solução injetável grupo 1.a	Especialidade médica: Pediatria Médico com experiência no tratamento de Doença de Pompe. Exame de atividade da alfa glicosidase ácida OU Exame de análise do gene GAA Exame de creatinoquinase (CK) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Pediatria Médico com experiência no tratamento de Doença de Pompe. LME e receita médica: semestral	

Doença de Wilson	E83.0 distúrbios do metabolismo do cobre	Penicilamina 250 mg cap grupo 1.b	Especialidade médica: Neurologista e Gastroenterologista Laudo oftalmológico descrevendo presença de anéis de Kayser-Fleisher na córnea (exame por lâmpada de fenda) Teste de Coombs Dosagem de Ceruloplasmina Dosagem de Cobre urinário basal de 24h Dosagem da concentração do cobre hepático TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Neurologista e Gastroenterologista Dosagem de cobre urinário de 24h: ao final do primeiro mês (acima de 2.000 mcg/dia), após 3 meses (menor do que 10 mcg/dL) e acompanhamento com repetição: semestral Dosagem de cobre sérico livre: semestral EAS, Hemograma e Plaquetas: trimestral. TGO, TGP, bilirrubinas e fosfatase alcalina: semestral.	
Doença falciforme	D57.0 Anemia falciforme com crise D57.1 Anemia falciforme sem crise D57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos	Hidroxiuréia 500 mg cap grupo 1.b ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	Especialidade médica: Hematologista e Pediatra Exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletrforese de Hemoglobina) Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Hemograma completo e reticulócitos Sorologias para hepatite B, hepatite C e HIV Dosagem sérica de TGP e TGO e Creatinina Dosagem de ácido úrico TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Hematologista e Pediatra Hemograma completo e reticulócitos: semestral	
Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças	B20.0 Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas Doença pelo HIV resultando em tuberculose B20.1 Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas B20.2 Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica B20.3 Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais B20.4 Doença pelo HIV resultando em candidíase B20.5 Doença pelo HIV resultando em outras micoses B20.6 Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis jirovecii Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis carinii B20.7 Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas B20.8 Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias B20.9 Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada B22.0 Doença pelo HIV resultando em encefalopatia B22.1 Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática B22.2 Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação B22.7 Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte B23.0 Síndrome de infecção aguda pelo HIV B23.1 Síndrome de infecção aguda pelo HIV B23.2 Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte B23.8 Doença pelo HIV resultando em outra afecções especificadas B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada	FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B	Hemograma Contagem de células CD4 e CD8 e carga viral do HIV Relato médico justificando a solicitação do medicamento. Para imunoglobulina apresentar também: Concentração sérica das imunoglobulinas (IgA, IgM e IgG total), Dosagem de isohemaglutininas anti-A e anti-B OU Dosagem dos anticorpos pós-vacinais (anti-tétano, anti-difteria), anti-rubéola, anti-hepatite B e anti-sarampo OU Dosagem de anticorpos anti-polissacarídes do pneumococo (pré e pós-vacinais); Hemograma Ureia Creatinina Albumina TGO TGP TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE	Hemograma: trimestral Ureia: trimestral Creatinina: trimestral TGP: trimestral TGO: trimestral Albumina: trimestral EAS: trimestral	

<p>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC</p>	<p>J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica</p>	<p>Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 30 doses elenco estadual Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 7 doses elenco estadual Brometo de tiotrópio monidratado + Cloridrato de olodaterol 2,5 + 2,5 mcg solução para inalação Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol 62,5 + 25 mcg pó inal (fr de 30 doses) Budesonida 200 mcg cap inal grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 100 doses) grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Budesonida 400 mcg cap inal grupo 2 Formoterol + Budesonida 12 + 400 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol + Budesonida 6 + 200 mcg cap inal grupo 2 Formoterol + Budesonida 6 + 200 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol 12 mcg cap inal grupo 2 Formoterol 12 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Salmeterol 50 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 60 doses) grupo 2 Fenoterol 100 mcg aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Brometo de tiotrópio monidratado + cloridrato de olodaterol 2,5 + 2,5 mcg solução para inalação grupo 1.b Brometo de umeclidínio + trifrenatato de vilanterol 62,5 + 25 mcg pó inal (fr de 30 doses) grupo 1.b</p>	<p>Especialidade médica: Pneumologista Espirometria Caso necessário: Radiografia de tórax (PA e perfil) Exame de Hemograma completo Exame de dosagem de Alfa-1 anti-tripsina sérica Laudo de Ecocardiograma Eletrocardiograma em repouso Oximetria em repouso TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade médica: Pneumologista Espirometria: anual</p>	
<p>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC - MT</p>	<p>J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior J44.8 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada J44.9 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica</p>	<p>Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 30 doses elenco estadual Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 7 doses elenco estadual</p>	<p>Pneumologista Plano de ação de DPOC Espirometria (com resultados pré e pós uso de broncodilatador) Escala de dispneia Modified Medical Research Council - mMRC mensura o grau da dispneia. (caso necessário) Radiografia de tórax; exame de Hemograma completo; Exame de dosagem de Alfa-1 anti-tripsina sérica TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Pneumologista N/A</p>	
<p>Dor crônica</p>	<p>R52.1 Dor crônica intratável R52.2 Outra dor crônica</p>	<p>Codeína 3 mg/ml sol oral (fr) 120 ml grupo 2 Codeína 30 mg comp grupo 2 Codeína 30 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 2 Codeína 60 mg comp grupo 2 Gabapentina 300 mg cap grupo 2 Gabapentina 400 mg cap grupo 2 Metadona 10 mg comp grupo 2 Metadona 10 mg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 2 Metadona 5 mg comp grupo 2 Morfina 10 mg comp grupo 2 Morfina 10 mg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 2 Morfina 10 mg/ml sol oral (fr) 60 ml grupo 2 Morfina 100 mg cap liberação controlada grupo 2 Morfina 30 mg cap liberação controlada grupo 2 Morfina 30 mg comp grupo 2 Morfina 60 mg cap liberação controlada grupo 2</p>	<p>Especialidade Médica: Oncologista / Fisiatra Escala EVA (dor relevante) Escala de dor LANNs TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade Médica: Oncologista / Fisiatra Escala EVA (dor relevante): semestral Escala de dor LANNs Periodicidade: semestral ou após cada troca de medicação: semestral</p>	

Endometriose	<p>N80.0 Endometriose do útero N80.1 Endometriose do ovário N80.2 Endometriose da trompa de Falópio N80.3 Endometriose do peritônio pélvico N80.4 Endometriose do septo retovaginal e da vagina N80.5 Endometriose do intestino N80.8 Outra endometrioses</p>	<p>Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b Gosserrelina 10,8 mg depot (ser preenc) grupo 1.b Gosserrelina 3,6 mg depot (ser preenc) grupo 1.b Leuprorrelina 11,25 mg pó liof inj (ser preenc) grupo 1.b Leuprorrelina 3,75 mg pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Triptorrelina 11,25 mg susp inj (fr-amp) grupo 1.b Triptorrelina 3,75 mg susp inj (fr-amp) grupo 1.b</p>	<p>Especialidade médica: Ginecologista</p> <p>Laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal Tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ao tratamento ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada à endometriose Exame de Beta HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Danazol apresentar também: função renal e hepática (TGP, TGO, fosfatase alcalina, bilirrubina, ureia e creatinina)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade médica: Ginecologista</p> <p>Danazol: Contagem de plaquetas: semestral Função renal e hepática: TGP, TGO, fosfatase alcalina, bilirrubina, ureia e creatinina: semestral</p>	
Epilepsia	<p>G40.0 Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal G40.1 Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples G40.2 Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas G40.3 Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas G40.4 Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas G40.5 Síndromes epilépticas especiais G40.6 Crises de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal) G40.7 Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal G40.8 Outras epilepsias</p>	<p>Levetiracetam 100 mg/ml solução oral 100 ml grupo 1.a Levetiracetam 100 mg/ml solução oral 150 ml grupo 1.a Levetiracetam 250 mg comprimido grupo 1.a Levetiracetam 500 mg comprimido grupo 1.a Levetiracetam 750 mg comprimido grupo 1.a Clobazam 10 mg comp grupo 2 Clobazam 20 mg comp grupo 2 Etossuximida 50 mg/ml xpe (fr) 120 ml grupo 2 Gabapentina 300 mg cap grupo 2 Gabapentina 400 mg cap grupo 2 Topiramato 100 mg comp grupo 2 Topiramato 25 mg comp grupo 2 Topiramato 50 mg comp grupo 2 Vigabatrina 500 mg comp grupo 2 Lamotrigina 100 mg comp grupo 2 Lamotrigina 25 mg comp grupo 2 Lamotrigina 50 mg comp grupo 2 Primidona 100 mg comp grupo 2 Primidona 250 mg comp grupo 2</p>	<p>Especialidade médica: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: monoterapia. Neurologistas e neurologistas pediátricos: mono, duo ou politerapia (EEG e RM)</p> <p>Eletroencefalografia em vigília e sono OU Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária) OU Tomografia computadorizada de crânio</p> <p>Diário de registro de crises Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade médica: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: monoterapia. Neurologistas e neurologistas pediátricos: mono, duo ou politerapia (EEG e RM)</p> <p>Hemograma: anual Contagem de plaquetas: anual ALT/TGP: anual AST/TGO: anual Sódio: anual Potássio: anual Perfil lipídico: anual Vitamina D: anual TSH: anual T4 livre: anual</p>	

Esclerose lateral amiotrófica (ELA)	G12.2 Doença do neurônio motor	Riluzol 50 mg comp grupo 1.a	Especialidade médica: Neurologista/ Geriatra /Clínico Laudo de Eletroneuromiografia Laudo/relatório médico de Ressonância Magnética de encéfalo e junção craniocervical Hemograma completo e contagem de plaquetas Uréia Creatinina TGP, TGO Tempo de protrombina (TP) Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Neurologista/ Geriatra /Clínico Hemograma completo com contagem de plaquetas: mensal no primeiro trimestre e após semestral TGP e TGO: mensal no primeiro trimestre e após semestral	
Esclerose múltipla	G35 Esclerose Múltipla	Alentuzumabe 10 mg/ml sol inj (fr-amp) 1,2 ml grupo 1.a Betainterferona 1a 12.000.000ui (44mcg) sol inj (ser preenc) grupo 1.a Betainterferona 1a 6.000.000 ui (22mcg) sol inj (ser preenc) grupo 1.a Betainterferona 1a 6.000.000 ui (30mcg) pó liof inj (fr-amp ou ser preenc ou can preenc) grupo 1.a Betainterferona 1b 9.600.000ui (300mg) pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Glatiramer 20 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a (hórus) Glatiramer 40 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Natalizumabe 300 mg sol inj (fr-amp) grupo 1.a Fumarato de dimetila 120 mg comp grupo 1.a Fumarato de dimetila 240 mg comp grupo 1.a Fingolimode 0,5 mg cap grupo 1.a Teriflunomida 14 mg comp grupo 1a CLADRIBINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	Especialidade médica: Neurologista/ Geriatra /Clínico Hemograma completo TGO/AST TGP/ALT Fosfatase alcalina Bilirrubina total Gama-GT TSH Escala Expandida do Estado de Incapacidade - EDSS (Expanded Disability Status Scale) Ressonância magnética do encéfalo Para o medicamento FINGOLIMODE apresentar também: Laudo de Eletrocardiograma Prova tuberculínica (PPD) ou IGRA Radiografia de tórax Para o medicamentos ALENTUZUMABE: Sorologia para HIV Prova tuberculínica (PPD) ou IGRA Radiografia de tórax Para o medicamento TERIFLUNOMIDA apresentar também: Exame de prova tuberculínica ou IGRA Laudo de radiografia simples de tórax Exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil) Para o medicamento CLADRIBINA apresentar também: Creatinina sérica Sorologia para hepatites B e C Sorologia para HIV TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Neurologista/ Geriatra /Clínico Anti-HIV - semestral VDRL - semestral Dosagem sérica vitamina B12- semestral Hemograma com plaquetas - semestral TGO - semestral TGP - semestral Gama-GT - semestral Fosfatase alcalina - semestral Bilirrubinas - semestral TSH - semestral Para os medicamentos Fingolimode e Natalizumabe apresentar também Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção) - semestral	

Esclerose sistêmica	<p>M34.0 - Esclerose sistêmica progressiva M34.1 - Síndrome CREST M34.8 - Outras formas de esclerose sistêmica</p>	<p>Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Sildenafil 25 mg comp grupo 1.a Sildenafil 50 mg comp grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica: Reumatologista</p> <p>Relatório médico com a descrição dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) OU com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão escleroderma à capilaroscopia periungueal;</p> <p>Hemograma, contagem de plaquetas Creatinina Fosfatase alcalina Bilirrubinas TGP e TGO Uréia TSH Beta-HCG para mulheres <55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p> <p>PARA O MEDICAMENTO SILDENAFILA Dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)</p> <p>PARA O MEDICAMENTO METOTREXATO PARA APRESENTAR TAMBÉM</p> <p>Creatinina Anti-HIV HBSAg Anti-HCV Exame de tuberculose - teste de Mantoux (PPD) ou IGRA; Laudo de Radiografia de tórax</p> <p>PARA AZATIOPRINA Exame de tuberculose - teste de Mantoux (PPD) ou IGRA; Laudo de Radiografia de tórax Laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão</p> <p>PARA CICLOFOSFAMIDA HBSAg Anti-HCV Exame de tuberculose - teste de Mantoux (PPD) ou IGRA; Laudo de Radiografia de tórax Laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESP. - TER</p>	<p>Especialidade médica: Conforme PCDT não há exigência de especialidade.</p> <p>B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - semestral Hemograma com contagem de plaquetas - semestral Fosfatase alcalina - semestral TGP e TGO - semestral Ureia - semestral Creatinina - semestral</p>	
---------------------	--	--	--	--	--

Espasticidade	<p>G04.1 Paraplegia espástica tropical G80.0 Paralisia cerebral espástica G80.1 Diplegia espástica G80.2 Hemiplegia infantil G81.1 Hemiplegia espástica G82.1 Paraplegia espástica G82.4 Tetraplegia espástica I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnoidea I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas I69.3 Sequelas de infarto cerebral I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas T90.5 Sequelas de traumatismo intracraniano T90.8 Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça</p>	<p>Toxina botulinica tipo a 100 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Toxina botulinica tipo a 500 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica - Fisiatria, neurologia, neurocirurgia, neuropediatria ou ortopedia.</p> <p>Descrição da Pontuação da Escala de Ashworth Modificada - Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - Locais de aplicação</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade médica - Fisiatria, neurologia, neurocirurgia, neuropediatria ou ortopedia.</p> <p>Descrição da Pontuação da Escala de Ashworth Modificada - Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - Locais de aplicação Periodicidade: semestral</p>	
Espondilite ancilossante	<p>M45 Espondilite ancilossante M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas</p>	<p>Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (biossimilar bio-manguinhos) 50 mg sol inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (pfizer/enbrel®) 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Secuquinumabe 150 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2</p>	<p>Especialidade Médica: Reumatologista</p> <p>História clínica de lombalgia inflamatória, associada ou não a artrite periférica assimétrica; Raio X do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas ou RM do esqueleto axial e/ou sacroilíacas; HLA B27 BASDAI > 4 ou ASDAS > 2,1</p> <p>Hemograma completo com plaquetas Creatinina TGP e TGO Proteína C Reativa Exame VHS</p> <p>Para SULFASSALAZINA, METOTREXATO, NAPROXENO, ADALIMUMABE, INFILIXIMABE, ETANERCEPTE, CERTOLIZUMABE, GOLIMUMABE E SECUQUINUMABE apresentar também: Exame de Anti-HCV Exame de Anti-HIV Exame de HBSAG Radiografia de tórax PPD ou IGRA</p> <p>PARA METOTREXATO APRESENTAR TAMBÉM: B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Reumatologista</p> <p>Hemograma com plaquetas: semestral VHS: semestral PCR: semestral Radiografias simples de articulações sacroilíacas, bacia, coluna dorsal e lombossacral - a cada dois anos TGP: semestral TGO: semestral</p> <p>Creatinina: semestral Uréia: semestral BASDAI > 4 ou ASDAS > 2,1: semestral</p>	

Esquizofrenia	<p>F20.0 Esquizofrenia paranoide F20.1 Esquizofrenia hebefrênica F20.2 Esquizofrenia catatônica F20.3 Esquizofrenia indiferenciada F20.4 Depressão pós-esquizofrênica F20.5 Esquizofrenia residual F20.6 Esquizofrenia simples F20.8 Outras esquizofrenias</p>	<p>clozapina 100 mg comp grupo 1.a clozapina 25 mg comp grupo 1.a risperidona 1 mg comp grupo 1.b risperidona 2 mg comp grupo 1.b risperidona 3 mg comp grupo 1.b olanzapina 10 mg comp grupo 1.a olanzapina 5 mg comp grupo 1.a quetiapina 100 mg comp grupo 1.a quetiapina 200 mg comp grupo 1.a quetiapina 25 mg comp grupo 1.a quetiapina 300 mg comp grupo 1.a ziprasidona 40 mg cap grupo 1.a ziprasidona 80 mg cap grupo 1.a</p>	<p>Especialidade médica: Especialidade Médica Novas Solicitações e Adequações Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.</p>	<p>Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Especialidade Médica Novas Solicitações e Adequações Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.</p>	
Estratégias para atenuar a progressão da Doença Renal Crônica	<p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5</p>	<p>DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2</p>	<p>Especialidade Médica: Nefrologista</p> <p>Cópia do exame creatinina urinária e albumina urinária; ou exame que evidencie diagnóstico de DM (glicemia plasmática de jejum ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ou hemoglobina glicada (HbA1c), ou glicemia plasmática aleatória)</p> <p>Cópia do exame de creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade Médica: Médico da atenção primária. Se houver adequações ou novas solicitações - médico nefrologista.</p> <p>Creatinina sérica</p>	

Fenilcetonúria	E70.0 Fenilcetonúria clássica E70.1 Outras hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase) E	complemento alimentar p/ paciente fenilcetonurico maior de 1 ano - formula de aminoácidos isenta de fenilalanina 1 g pó grupo 2 complemento alimentar p/ paciente fenilcetonurico menor de 1 ano - formula de aminoácidos isenta de fenilalanina 1 g pó grupo 2 Dicloridrato de sapropterina 100 mg comp grupo 1.b	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica. Exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho Medição de Tirosina (para diagnóstico tardio); Para solicitação da medicação Dicloridrato de sapropterina 100 mg apresentar Teste de Responsividade ao Dicloridrato de Sapropterina. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica. Exame de dosagem de Fenilalanina sérica: mensal Dosagem de todos os aminoácidos: anual Densitometria: a cada 2 anos	
Fibrose cística - insuficiência pancreática e pulmonar - MS	E 84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares E 84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais E 84.8 Fibrose cística com outras manifestações	Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 100 + 50 + 75 + 150 mg comprimido grupo 1.a Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 50 + 25 + 37,5 + 75 mg comprimido grupo 1.a Pancreatina 10.000 ui cap grupo 1.b Pancreatina 25.000 ui cap grupo 1.b Alfadornase 2,5 Mg Amp Grupo 1.A Tobramicina 300/5 Mg/MI Solução Inalatória (Por Ampola) Grupo 1.A Ivacaftor 150 mg comp rev grupo 1.a	Especialidade médica: Médico vinculado a um Centro de Referência para Fibrose Cística, de preferência que apresente uma das seguintes especialidades: gastroenterologia, pneumologia e pediatria Exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor ou exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística Detecção molecular em fibrose cística - confirmatório Para Tobramicina apresentar também: -Exame de cultura de secreção respiratória -Raio X tórax OU tomografia de tórax Para Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 100 + 50 + 75 + 150 mg e Elexacaftor associado ao Tezacaftor e Ivacaftor 50 + 25 + 37,5 + 75 mg comprimido e Ivacaftor 150 mg com rev apresentar também: -Testes da função da proteína CFTR (DPN/MCI/Organoides) Espirometria (acima de 5 anos) se possível. Laudo de radiografia de tórax (se possível) TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Médico vinculado a um Centro de Referência para Fibrose Cística, de preferência que apresente uma das seguintes especialidades: gastroenterologia, pneumologia e pediatria Triagem anual para micobactérias e fungos TC de tórax: a cada dois a quatro anos Tobramicina e alfadornase: Exame de cultura de secreção respiratória: trimestral Hemograma - semestral ALT/TGP, AST/TGO - semestral Bilirrubina - semestral gama-glutamyltransferase - semestral creatino fosfoquinase - semestral tempo e atividade da protrombina - semestral	

Fibrose Cística - MT	E84 Fibrose cística E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares E84.8 Fibrose cística com outras manifestações E84.9 Fibrose cística não especificada	Colistimetato de Sodio (Polimixina E) 1.000.000 UI Pó Liofilizado Para Solução Injetável Elenco Estadual Tobramicina, Sulfato 60 mg/ml solução para inalação 5 ml Elenco Estadual Tobramicina, Sulfato 75 mg/ml solução para inalação 4 ml Elenco Estadual NUTRIÇÃO a) Polímero de glicose. b) Módulo de Triglicerídeos de Cadeia Média. c) Dieta líquida 1,5Kcal/ml. d) Dieta do tipo Tipo: Nutren Junior/ Fortini/ Prosure/ Pediasure complete. e) Suplemento do Tipo: Nutren active (sabores diversos)/ Sustain 30/ Sustagem.	Especialidade médica: Profissionais vinculados ao Centro de Referência de FC Exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor Cultura de swab de orofaringe ou Antibiograma Raio X tórax OU tomografia de tórax se possível Espirometria para maiores de 5 anos se possível TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Profissionais vinculados ao Centro de Referência de FC Exame de cultura de secreção respiratória: trimestral Triagem anual para micobactérias e fungos	
Glaucoma	H 40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto H 40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado H 40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular H 40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular H 40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho H 40.6 Glaucoma secundário a drogas H 40.8 Outro glaucoma Q15.0 Glaucoma congênito	Acetazolamida 250 mg Comp Grupo 2 Bimatoprost 0,3 mg/ml Sol Oft (Fr) 3 ml Grupo 1.A Brimonidina 2 mg/ml Sol Oft (Fr) 5 ml Grupo 2 Brinzolamida 10 mg/ml Susp Oft (Fr) 5 ml Grupo 2 Dorzolamida 20 mg/ml Sol Oft (Fr) 5 ml Grupo 2 Latanoprost 0,05 mg/ml Sol Oft (Fr) 2,5 ml Grupo 1.A Travoprost 0,04 mg/ml Sol Oft (Fr) 2,5 ml Grupo 1.A Pilocarpina 20 mg/ml Sol Oft (Fr) 10 MI Grupo 2 Timolol 5 mg/ml Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2	Especialidade médica: Oftalmologista Campimetria Laudo de Tonometria (PIO) Ou Biomicroscopia de fundo de olho Ou Fundoscopia Ou Paquimetria Ou Retinografia TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Oftalmologista Campimetria visual (preferencialmente): anual ou laudo de Tonometria (PIO): anual ou Biomicroscopia de fundo de olho: anual Ou Fundoscopia Ou Paquimetria Ou Retinografia: anual	

Hemangioma infantil	D18.0 hemangioma de qualquer localização	Alfainterferona 2b 10.000.000 ui pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Alfainterferona 2b 3.000.000 ui pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Alfainterferona 2b 5.000.000 ui pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica necessária. Relatório com diagnóstico clínico e descritivo da condição clínica do paciente (pode ser acompanhado de exames de imagem, avaliação endoscópica ou anátomo patológico TGP E TGO TSH Tempo de protrombina (TP) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica necessária. Tempo de protrombina (TAP): semestral TGP e TGO: semestral Hemograma completo: semestral	
Hemoglobinúria Paroxística Noturna	- D59.5 Hemoglobinúria Paroxística Noturna (Marchiafava-Micheli).	ECULIZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR) 30 ML GRUPO 1.A	Especialidade médica: Hematologista História clínica recente do paciente (conforme apêndice 1 do PCDT) História transfusional dos últimos seis meses Avaliação de Qualidade de Vida Cópia da dosagem de Uréia Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica Cópia do exame de Ferritina Sérica Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH) Cópia do exame hemograma completo e reticulócitos Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST) Cópia do laudo diagnóstico por citometria de fluxo confirmatório de HPN. Cópia do teste direto de antiglobulina (Coombs direto) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Para pacientes que possuem hipertensão arterial pulmonar como critério de inclusão: cópia do laudo do ecocardiograma com PSAP. Comprovante de vacinação contra Neisseria meningitidis (vacina meningocócica conjugada tetravalente -sorotipos ACWY) OU declaração médica de realização de profilaxia antibiótica. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Hematologista História clínica recente do paciente (conforme apêndice 1 do PCDT): trimestral Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH): trimestral Cópia do exame hemograma completo e reticulócitos: trimestral Avaliação de Qualidade de Vida: semestral História transfusional dos últimos seis meses: semestral Cópia do teste direto de antiglobulina (Coombs direto): semestral Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST): semestral Cópia do exame de Ferritina Sérica: semestral Cópia da dosagem de Uréia: semestral Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica: semestral Citometria de fluxo: anual	

Hepatite Autoimune	K75.4 Hepatite autoimune	Azatioprina 50 mg comp grupo	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica no PCDT	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica no PCDT
			Escore de HAI Fosfatase alcalina AST e ALT Gamaglobulina ou IgG FAN, AML ou anti-LKM1 Anti-mitocôndria Marcadores de hepatites virais (anti-HAV IgM, HbsAg, anti-HBc total, anti-HCV e HCVRNA qualitativo) Histologia hepática (critérios para realização do score) Hemograma completo Bilirrubina TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Hemograma completo - mensalmente TGP e TGO: trimestralmente.
Hidradenite Supurativa	L73.2 Hidradenite supurativa	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	Especialidade médica: Médico assistente / clínico / preferencialmente dermatologista	Especialidade médica: Médico assistente / clínico / preferencialmente dermatologista
			Exame de anti-HCV Exame de HBsAg Exame de HIV Exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) ou IGRA TGP TGO Fosfatase Alcalina Gama GT PCR Hemograma Radiografia de tórax Carteira de Vacinação Beta-HCG, para mulheres em idade fértil TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	TGP: semestral TGO: semestral Hemograma: semestral
Hiperplasia Adrenal Congênita	E25.0 Transtornos adrenogenitais congênitos associados a deficiência enzimática	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	Especialidade médica: Endocrinologista / Médico assistente / Clínico	Especialidade médica: Endocrinologista / Médico assistente / Clínico
			Dosagem de 17-hidroxiprogesterona após estímulo com ACTH Ddosagem de 17-hidroxiprogesterona basal Dosagem de sódio sérico Dosagem de potássio sérico Dosagem Renina plasmática Dosagem de Aldosterona sérica TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Dosagem de Renina plasmática: trimestral no 1º ano de vida e após, semestral Dosagem de sódio: trimestral no 1º ano de vida e após, semestral Dosagem de potássio: trimestral no 1º ano de vida e após, semestral

Hiperprolactinemia	E22.1 Hiperprolactinemia	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	Especialidade médica: Ginecologista / Médico assistente / Clínico	Especialidade médica: Ginecologista / Médico assistente / Clínico	
			Exame de prolactina no soro Macroprolactina Laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil Creatinina Ureia TSH TGP TGO TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Dosagem de Prolactina: semestral Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil - semestral	
Hipertensão arterial pulmonar	I27.0 Hipertensão arterial pulmonar primária (HAPI) I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária I27.8 Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/ síndrome de Eisenmenger)	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A SELEXIPAGUE 1000 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 1200 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 1400 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 1600 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 200 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 400 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 600 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SELEXIPAGUE 800 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	Especialidade médica: Novas Solicitações Pneumologista, Cardiologista e Reumatologista.	Especialidade médica: Novas Solicitações Pneumologista, Cardiologista e Reumatologista.	
			Laudo do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) Laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS Laudo de Cateterismo cardíaco direito PARA OS MEDICAMENTOS AMBRISENTANA E BOSENTANA APRESENTAR TAMBÉM: Hemograma completo TGO TGP TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	TGP: trimestral TGO: trimestral Hemograma completo: trimestral Para Iloprosta: O uso de Iloprosta deve ser interrompido imediatamente em pacientes com pressão arterial sistólica inferior a 85 mmHg.	
Hipoparatiroidismo	E20.0 - Hipoparatiroidismo idiopático E20.1- Pseudohipoparatiroidismo E20.8 - Outro hipoparatiroidismo – E89.2 - Hipoparatiroidismo pós-procedimento	ALFACALCIDOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2 CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	Especialidade médica: Endocrinologista	Especialidade médica: Endocrinologista	
			Dosagem de Cálcio total ou iônico Dosagem de Magnésio sérico Dosagem de Paratormônio (PTH) Dosagem de Calcúria de 24 horas Dosagem de Fósforo sérico Dosagem de Albumina sérica Dosagem de Creatinina sérica TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Dosagem de cálcio total: semestral Fósforo: semestral Calcúria em 24 horas: semestral Creatinúria em 24 horas: semestral	

<p>Ictioses hereditárias</p>	<p>Q80.0 ictiose vulgar Q80.1 ictiose ligada ao cromossomo x Q80.2 ictiose lamelar Q80.3 eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita Q80.8 outras ictioses congênitas Q80.9 Ictiose congênita não especificada</p>	<p>Acitretina 10 mg cap grupo 1.B Acitretina 25 mg cap grupo 1.B</p>	<p>Especialidade médica: Dermatologista</p> <p>Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2)</p> <p>TGP TGO Bilirrubina direta Bilirrubina indireta Bilirrubina total Uréia Creatinina Colesterol total HDL LDL Triglicerídeos Glicemia em jejum Vitamina D Beta-HCG (mulheres em idade fértil, não laqueada) Radiografia de mãos e punhos para determinação de idade óssea em crianças</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade médica: Dermatologista</p> <p>Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2) Beta-HCG: mensal. TGP: trimestral TGO: trimestral Colesterol total: trimestral HDL: trimestral Triglicerídeos: trimestral Glicemia em jejum: trimestral Bilirrubina: trimestral</p>	
<p>Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos</p>	<p>D80.0 - Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento) D80.1 - Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE) · D80.3 - Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG) D80.5 - Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM) D80.6 - Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia D80.7 - Hipogamaglobulinemia transitória da infância D80.8 - Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa) · D83.0 - Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B D83.2 - Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T D83.8 - Outras imunodeficiências comuns variáveis</p>	<p>IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade médica: Imunologista e Geneticista</p> <p>Hemograma completo Dosagem de Imunoglobulina A – IgA Dosagem de Imunoglobulina G – IgG total Dosagem de Imunoglobulina M – IgM Dosagem das isoaglutininas anti-A e anti-B Dosagem dos anticorpos pós-vacinais antitetano Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-difteria</p> <p>Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-rubéola Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-hepatite B Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-sarampo Dosagem de anticorpos anti-polissacarídeos do pneumococo (pré e pós-vacinais) Ureia Creatinina TGP TGO TAP Albumina Anti-HIV</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Imunologista e Geneticista</p> <p>Hemograma: trimestral Ureia: trimestral Creatinina: trimestral TGP: trimestral TGO: trimestral Albumina: trimestral EAS: trimestral</p>	

<p>Imunodeficiência primárias (OUTRAS)</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 adenosina-deaminase [ADA] DIAF/SPS/SES/SC – Set 2020 2 D81.4 Síndrome de Nezelof D81.5 Deficiência de purina-nucleosídeo 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 DiGeorge</p>	<p>IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade médica: Geneticista, Imunologista ou Hematologista</p> <p>Hemograma completo Dosagem de Imunoglobulina A – IgA Dosagem de Imunoglobulina G – IgG total Dosagem de Imunoglobulina M – IgM Dosagem das isoaglutininas anti-A e anti-B Dosagem dos anticorpos pós-vacinais antitétano Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-difteria Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-rubéola Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-hepatite B Dosagem dos anticorpos pós-vacinais anti-sarampo Dosagem de anticorpos anti-polissacarídeos do pneumococo (pré e pós-vacinais) Ureia Creatinina TGP TGO Anti-HIV Albumina</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Geneticista, Imunologista ou Hematologista</p> <p>Hemograma: semestral Ureia: semestral Creatinina: semestral TGP: semestral TGO: semestral TAP (Tempo de Protrombina): semestral Albumina: semestral EAS: semestral</p>	
<p>Imunossupressão no transplante hepático em adulto</p>	<p>Z94.4 - Fígado transplantado; T86.4 - Falência ou rejeição de transplante de fígado</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Relato médico atestando o transplante hepático com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose</p> <p>Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral</p> <p>Para Tacrolimo: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Glicose: semestral</p> <p>Para Sirolimo ou Everolimo: Dosagem do fármaco: semestral Hemograma completo: semestral Creatinina: semestral Proteinúria: semestral</p>	

<p>Imunossupressão No Transplante Cardíaco</p>	<p>Z94.1 Coração transplantado T86.2 Falência ou rejeição de transplante de coração</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.</p> <p>Laudo de biópsia endomiocárdica (nos casos de rejeição aguda)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose</p> <p>Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral</p> <p>Para Tacrolimo: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Glicose: semestral</p> <p>Para Sirolimo ou Everolimo: Dosagem do fármaco: semestral Hemograma completo: semestral Creatinina: semestral Proteinúria: semestral</p>	
<p>Imunossupressão No TRANSPLANTE CARDÍACO E PULMONAR</p>	<p>Z94.3 Coração e pulmões transplantados Z94.2 Pulmão transplantado</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p>Para Azatioprina Hemograma completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose</p> <p>Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral</p>	

Imunossupressão no transplante hepático em pediatria	Z94.4 Transplante hepático T86.4 Falência ou rejeição de transplante de fígado	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	Especialidade médica: Hepatologista	Especialidade médica: Hepatologista	
			Relato médico atestando o transplante hepático com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.	Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral Para Tacrolimo: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Glicose: semestral Para Sirolimo ou Everolimo: Dosagem do fármaco: semestral Hemograma completo: semestral Creatinina: semestral Proteinúria: semestral	
Imunossupressão No TRANSPLANTE DE OUTROS ÓRGÃOS E TECIDOS	Z94.8 Outros órgãos e tecidos transplantados (Medula óssea, Intestino e Pâncreas)	ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2	Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes	Especialidade médica: Atendimento em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes	
			Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.	Para Azatioprina Hemograma completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral	

<p>Imunossupressão no transplante renal</p>	<p>Z94.0 Rim transplantado T86.1 Falência ou rejeição de transplante de rim</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Nefrologista</p> <p>Relato médico atestando o transplante renal com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Nefrologista</p> <p>Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma completo: semestral ou a cada aumento de dose TGP: semestral ou a cada aumento de dose TGO: semestral ou a cada aumento de dose</p> <p>Para Ciclosporina: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Potássio: semestral</p> <p>Para Tacrolimo: Dosagem do fármaco: semestral Creatinina: semestral Glicose: semestral</p> <p>Para Sirolimo ou Everolimo: Dosagem do fármaco: semestral Hemograma completo: semestral Creatinina: semestral Proteinúria: semestral</p>	
<p>Insuficiência adrenal primária (Doença de Addison)</p>	<p>E27.1 - Insuficiência adrenocortical primária E27.4 - Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas</p>	<p>FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2</p>	<p>Especialidade médica: Endocrinologista</p> <p>Dosagem de Sódio Dosagem de Potássio Dosagem de Cortisol sérico-basal Dosagem de ACTH (Hormônio Adreno-corticotrófico) Tomografia computadorizada de abdômen superior</p> <p>Para Insuficiência Adrenal Primária (IAP) apresentar também: Exame de dosagem de Renina plasmática e Exame de dosagem de Aldosterona sérica - E se cortisol sérico basal entre 5 e 15 mcg/dL anexar teste de hipoglicemia insulínica ou teste de estímulo com ACTH.</p> <p>Para Insuficiência Adrenal Central (IAC) apresentar também: se cortisol sérico basal entre 3 e 15 mcg/dL anexar teste de hipoglicemia insulínica ou teste de estímulo com ACTH.</p> <p>Obs.: Na impossibilidade da realização do teste de estímulo enviar relato médico justificando.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONS. – TER</p>	<p>Especialidade médica: Conforme PCDT não há exigência de especialidade.</p> <p>Dosagens séricas de renina: semestral Sódio: semestral Potássio: semestral</p>	

Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida	I50.0 Insuficiência cardíaca congestiva I50.1 Insuficiência ventricular esquerda I50.9 Insuficiência cardíaca não especificada	SACUBITRIL + VALSARTANA 24 + 26 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SACUBITRIL + VALSARTANA 49 + 51 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SACUBITRIL + VALSARTANA 97 + 103 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	Especialidade Médica: Cardiologista	Especialidade médica: Cardiologista / Médico Assistente	
			Adultos maiores de 18 anos e Idade inferior a 75anos; Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA). Exame de dosagem sérica do peptídeo natriurético de tipo B (BNP) ou exame de dosagem sérica de N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP); Laudo de exame de ecocardiografia, contendo valor de fração de ejeção; TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Ureia: semestral Creatinina: semestral Sódio: semestral Potássio: semestral Magnésio: semestral	
Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida	I50.0 I50.1 I50.9	DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2	Especialidade Médica: Cardiologista Cópia do laudo da ecocardiografia Creatinina TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Médico da atenção primária. Se houver adequações ou novas solicitações - médico cardiologista.	
Insuficiência pancreática exócrina	K86.0 Pancreatite crônica induzida pelo álcool; K86.1 Outras pancreatites crônicas; K90.3 Esteatorreia pancreática	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	Especialidade Médica: Não especificada a especialidade médica no PCDT.	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica no PCDT.	
			Dosagem de Gordura fecal em 72 horas OU Pesquisa de gordura fecal (SUDAN III) com apresentação de um dos exames abaixo confirmado: - Ultrasonografia de abdômen OU -Tomografia computadorizada de abdômen OU Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) ou ressonância magnética de vias biliares OU Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total Obs: Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorrêia). TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Anamnese e avaliação do IMC: semestral	

Leiomioma de útero	D25.0 Leiomioma submucoso do útero D25.1 Leiomioma intramural do útero D25.2 Leiomioma subseroso do útero	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	Especialidade médica: Ginecologista Laudo de exame de imagem com diagnóstico de Leiomioma de Útero (ultrassonografia, histerossonografia, histeroscopia, histerosalpingografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética). OU Laparoscopia realizado por qualquer indicação; Densitometria óssea com o valor do T-score. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Ginecologista Ultrassonografia: trimestral Hemograma completo: trimestral	
Linfangioleiomiomatose	J84.8 Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	Especialidade médica: Pneumologista ou Médico com experiência no tratamento de LAM. Exame de Espirometria Laudo de Tomografia Computadorizada de tórax E, pelo menos um dos exames abaixo: - Tomografia ou ressonância magnética de abdômen e pelve com presença de linfangioleiomiomas (ou linfangiomas); - Declaração médica que informe: pelo menos um dos achados indicativos de suspeita de complexo de esclerose tuberosa (TSC); ou a presença de efusões quilosas (quilotórax ou ascite quilosa); - Exame citopatológico, histopatológico ou biópsia. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Pneumologista ou Médico com experiência no tratamento de LAM. Colesterol total: semestral LDL: semestral HDL: semestral Triglicérides: semestral	

<p>Lúpus eritematoso sistêmico</p>	<p>L93.0 Lúpus discóide L93.1 Lúpus cutâneo subagudo M32.1 Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas M32.8 Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2 HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2 METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Reumatologista, Dermatologista</p> <p>Pacientes que apresentarem os critérios de classificação, em qualquer momento da vida, propostos pelo American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997, SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019 conforme descritos no PCDT da patologia.</p> <p>Hemograma completo com contagem de plaquetas Creatinina Sérica Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil Exame qualitativo de urina (EQU) Proteinúria de 24 horas Contagem de reticulócitos FAN C3, C4 ou CH50 Teste de Coombs direto Anti-DNA nativo e/ou anti- Sm e/ou anticardiolipina IgG e IgM e/ou anticoagulante lúpico e/ou antiLa/SSB ou anti-Ro/SSA e/ou</p> <p>anti-RNP) AST/TGO ALT/TGP HBsAg Anti-HCV Anti HIV VDRL Cópia do laudo de Radiografia de tórax Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA</p> <p>Para Hidroxicloroquina e Cloroquina também: Exame Oftalmológico(em caso de suspeita de miopatia)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Qualquer especialidade médica</p> <p>Hemograma completo com contagem de plaquetas ALT/TGP: semestral ou se houver mudança na dose AST/TGO: semestral ou se houver mudança na dose Creatinina Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil Fosfatase Alcalina: semestral OU Exame qualitativo de urina: semestral OU Urocultura: semestral OU VHS: semestral OU Proteína C reativa: semestral OU</p> <p>Albumina sérica: semestral OU (somente se história de nefrite ou lúpus grave) Proteinúria de 24 horas: semestral (somente se história de nefrite ou lúpus grave)</p> <p>Para Hidroxicloroquina e Cloroquina apresentar também: Exame Oftalmológico – anual</p> <p>CPK e Aldolase: (em caso de suspeita de miopatia) - semestral</p> <p>Para Ciclofosfamida apresentar também: Eletrólitos: semestral Análise do sedimento urinário: semestral Citologia da urina: anual Citopatológico de colo uterino: anual</p> <p>Para Ciclosporina: Creatinina sérica: semestral Eletrólitos: semestral Ácido úrico: semestral</p> <p>Para Danazol: Colesterol total: semestral HDL: semestral Triglicédeos: semestral Avaliação oftalmológica de fundo de olho - Periodicidade: a critério médico Ultrassonografia hepática (em caso de mais de 6 meses de tratamento): a cada 2 anos</p>	
------------------------------------	---	---	---	---	--

Miastenia gravis	G70.0 Miastenia gravis G70.2 Miastenia congênita e do desenvolvimento	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	Especialidade médica: Neurologista Eletroneuromiografia OU Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anti-AChR) ou anticorpo antimúsculo estriado (anti-MuSK) Hemograma completo; Creatinina; TGO TGP PARA O MEDICAMENTO IMUNOGLOBULINA: Dosagem sérica de IgA Exames de avaliação da função renal TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Neurologista Para Azatioprina apresentar: Hemograma: trimestral TGP: trimestral TGO: trimestral Para Ciclosporina apresentar: Nível sérico de ciclosporina: anual Creatinina: semestral Controle pressão arterial - semestral Para Imunoglobulina: Creatinina: semestral Para Ciclofosfamida apresentar: Hemograma - trimestral Exame qualitativo de urina – semestral	ESQUEMA DE TRATAMENTO DA MIASTENIA GRAVIS: 1ª Linha: Piridostigmina (sem resposta terapêutica) = Piridostigmina + Prednisona 2ª Linha: Azatioprina ou ciclosporina Podem ser associados à prednisona E a piridostigmina (Piridostigmina + Prednisona + Azatioprina ou ciclosporina) DIAF/SPS/SES/SC – Out 2023 3 3ª Linha : Ciclofosfamida ou ciclofosfamida + prednisona TRATAMENTO DA CRISE MIASTÊNICA (CM) Início de uso de anticolínergicos (fase inicial do tratamento da CM em pacientes sem diagnóstico prévio de MG). Avaliação da suspensão do uso de anticolínergicos (suspensão por 24 a 72 horas naqueles pacientes que estão sob ventilação mecânica e também para diagnóstico diferencial com crise colinérgica). Plasmaférese ou imunoglobulina humana. * Imunoglobulina Humana 2,5 g somente poderá ser cadastrada para solicitação em casos de baixas doses. Bem como, dispensada no modo substitutivo quando houver falta da apresentação 5 g.
Mucopolissacaridose do Tipo I (síndrome de Hurler)	E76.0 mucopolissacaridose do tipo I	Laronidase 0,58 mg/ml sol inj (fr) 5 ml grupo 1.a	Especialidade médica: Qualquer especialidade médica Relato médico com sinais e sintomas; Exame de alfa-L-iduronidase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro Exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina Exame genético para a alfa-L-iduronidase TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Qualquer especialidade médica Exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina - semestral Revisão do número de infusões realizadas no período - semestral Hepametria (exame físico) - semestral Avaliação da mobilidade articular - semestral	
Mucopolissacaridose do tipo II (Síndrome de Hunter)	E76.1 mucopolissacaridose do tipo II	Idursulfase alfa 2 mg/ml sol inj (fr) 3 ml grupo 1.a	Especialidade médica: Geneticista ou Neurologista Relato médico com sinais e sintomas; Exame de iduronato-2-sulfatase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro; Exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina ou Exame de mutação genética do gene IDS Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor por neurologista TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade médica: Geneticista, Neurologista, médico da saúde da família, Pediatra ou Clínico (pacientes adultos). Exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina: semestral Revisão do número de infusões realizadas no período - semestral Hepametria (exame físico) - semestral Questionário de qualidade de vida validado – anual Exame Neurológico Clínico – anual Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor por neurologista - anual	

<p>Mucopolissacaridose VI (Síndrome Maroteaux-Lamy)</p>	<p>E76.2 Outras Mucopolissacaridoses</p>	<p>GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo VI.</p> <p>Atividade da Enzima arilsulfatase B (ASB) Exame da atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase) Exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia de exame genético do gene ASB</p> <p>Paciente que tenham idade entre 0 a 6 anos de idade; OU que tenham idade igual ou superior a 7 anos E sejam ambulantes e capazes de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos do Teste da Caminhada de 6 minutos (TC6M); OU sejam capazes de realizar espirometria</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo VI.</p> <p>TC6M (Teste de Caminhada de 6 minutos): semestral 1 ano, depois anual Dosagem urinária de GAGs: semestral 1 ano, depois anual Ecocardiograma: semestral 1 ano, depois anual Espirometria: semestral 1 ano, depois anual Questionários de qualidade de vida: semestral 1 ano, depois anual</p>	<p>Sugestão: laudo médico detalhando a impossibilidade de realizar o exame se for o caso do paciente (tanto para abertura, quanto renovação). Observar critério de exclusão.</p>
<p>Mucopolissacaridose IV A (Síndrome de Morquio)</p>	<p>E76.2 Outras Mucopolissacaridoses</p>	<p>ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo IVA</p> <p>Exame da atividade da enzima GALNS Dosagem urinária de GAGs Exame da atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A OU arilsulfatase B OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase) OU Exame genético do gene GALNS Questionários de qualidade de vida</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo IVA</p> <p>TC6M (Teste de Caminhada de 6 minutos): semestral 1 ano, depois anual Dosagem urinária de GAGs: semestral 1 ano, depois anual Ecocardiograma: semestral 1 ano, depois anual Espirometria: semestral 1 ano, depois anual Questionários de qualidade de vida: semestral 1 ano, depois anual Exame Neurológico Clínico – anual Hepametria (exame físico) - semestral</p>	<p>Sugestão: laudo médico detalhando a impossibilidade de realizar o exame se for o caso do paciente (tanto para abertura, quanto renovação)</p>

<p>Mucopolissacaridose Do Tipo VII (Síndrome de Sly)</p>	<p>E76.2 Outras Mucopolissacaridoses</p>	<p>Alfavestronidase 2 mg/ml solução injetável 5 ml grupo 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo VII</p> <p>Enzima da GUSB Presença de níveis aumentados de GAG totais na urina ou de excreção aumentada de SH ou SD; Atividade da enzima beta-glicuronidase (GUSB) Atividade da alfa-L-iduronidase (IDUA) e iduronato-sulfatase (IDS) em leucócitos ou papel-filtro OU Testes genéticos do gene GUSB</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Médico com experiência no tratamento de mucopolissacaridose tipo VII</p> <p>Dosagem urinária de GAGs - semestral Revisão do número de infusões realizadas no período – semestral Determinação da adesão ao acompanhamento/tratamento – semestral Hepametria (exame físico) – semestral avaliação oftalmológica - semestral espirometria (CVF/VEF1 - a partir de 6 anos) - semestral Questionário de qualidade de vida validado – anual</p>	
<p>Osteoporose</p>	<p>M80.0 M80.1 M80.2 M80.3 M80.4 M80.5 M80.8 M81.0 M81.1 M81.2 M81.3 M81.4 M81.5 M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 M82.8 M85.8</p>	<p>RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2 RISEDRONATO 5 MG COMP GRUPO 2 CALCITONINA 100 UI SOL INJ (AMP) GRUPO 2 CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2 CALCITONINA 50 UI SOL INJ (AMP) GRUPO 2 CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 PAMIDRONATO 30 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2 PAMIDRONATO 60 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2 RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2 ÁCIDO ZOLEDRONICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 ML GRUPO 2 ROMOSUZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 1,17 ML GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Qualquer especialidade médica</p> <p>Exame Densitometria Óssea com o valor do T-score Laudo de exame radiológico comprovando fratura Clearance de creatinina Dosagem de cálcio sérico Beta-HCG para mulheres em idade fértil Exame de hemograma completo Dosagem de cálcúria de 24 horas Dosagem de fosfatase alcalina sérica Dosagem de 25-hidroxivitamina D</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Qualquer especialidade médica</p> <p>Densitometria Óssea com o valor do T-score - anual Dosagem de cálcio sérico - semestral</p>	
<p>Outras malformações de pele</p>	<p>Q82.8 Outras malformações congênicas especificadas da pele</p>	<p>ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade médica: Dermatologista</p> <p>Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos; Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2); Beta-HCG (validade 30 dias), Creatinina Uréia TGO e TGP Colesterol total e frações Triglicerídeos Glicose Fosfatase alcalina Bilirrubina Gama GT Exame qualitativo de urina (PCU) Relato médico descrevendo o diagnóstico clínico</p> <p>TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE</p>	<p>Especialidade médica: Qualquer especialidade médica</p> <p>Perfil lídico - trimestral Triglicerídeos- trimestral Glicemia - trimestral TGO e TGP - trimestral</p>	<p>Monitorização óssea em crianças, exames radiológicos da coluna cervical e lombar, ossos longos, mãos e punhos para idade óssea.</p>

Pitiríase Rubra Pilar	L44.0 Pitiríase Rubra Pilar	ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	Especialidade médica: Dermatologista	Especialidade médica: Não especificada a especialidade médica necessária	Monitorização óssea em crianças, exames radiológicos da coluna cervical e lombar, ossos longos, mãos e punhos para idade óssea.
			Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos; Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2); Beta-HCG (validade 30 dias), Creatinina Ureia TGO e TGP Colesterol total e frações Triglicerídeos Glicose Fosfatase alcalina Bilirrubina Gama GT Exame qualitativo de urina (PCU) Relato médico descrevendo o diagnóstico clínico TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Perfil líidico - trimestral Triglicerídeos- trimestral Glicemia - trimestral TGO e TGP - trimestral	
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	E85.1 – Amiloidose hereditária neuropática	TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	Especialidade médica: Neurologista ou Cardiologista	Especialidade médica: Neurologista ou Cardiologista	
			Avaliação dos escores neurológicos funcionais (polyneuropathy disability score - PND e avaliação sensitivomotora pelo NIS) Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR Ureia Creatinina Ácido úrico Taxa de filtração glomerular Proteína em urina de 24 horas TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Ureia: semestral Creatinina: semestral Ácido úrico: semestral Taxa de filtração glomerular: semestral Proteína em urina de 24 horas: semestral	

<p>Prevenção de Tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia</p>	<p>D68.8 outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídico) I82.0 síndrome de budd-chiari I82.1 tromboflebite migratória I82.2 embolia e trombose de veia cava I82.3 embolia e trombose de veia renal I82.8 embolia e trombose de outras veias especificadas O22.3 flebotrombose profunda na gravidez O22.5 trombose venosa cerebral na gravidez (para fins deste protocolo, os códigos acima especificados são aplicáveis a casos de gestantes.)</p>	<p>Enoxaparina sódica 40 mg sol inj (ser preenc) 0,4 ml grupo 1.A Enoxaparina sódica 60 mg sol inj (ser preenc) 0,6 ml grupo 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Ginecologista, Hematologista e Cirurgião Vascular</p> <p>Dosagem de beta-HCG urinário ou dosagem de beta-HCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação Cópia do exame de contagem de plaquetas Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica Cópia do exame de hemograma completo</p> <p>Laudo laboratorial contendo anticoagulante lúpico e anticardiolipina IgG e IgM ou antibeta-2 glicoproteína IgG e IgM, em caso de pacientes com síndrome antifosfolipídico (saf) Ou</p> <p>Laudo laboratorial contendo mutação heterozigótica para o fator v de leiden e mutação heterozigótica para o gene da protrombina e deficiência da proteína c ou da proteína s (livre ou funcional) e presença de anticorpo antifosfolipídico na ausência de eventos clínicos, em caso de trombofilia hereditária de baixo risco Ou</p> <p>Laudo laboratorial contendo mutação homozigótica para o fator v de leiden e mutação homozigótica para o gene da protrombina e deficiência da antitrombina iii e mutações heterozigóticas para o fator v de leiden e do gene da protrombina associadas, em caso de trombofilia hereditária de alto risco</p> <p>TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Não especificada especialidade médica</p> <p>Dosagem de beta-HCG urinário ou dosagem de beta-HCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação: mensalmente na dispensação - mensal Cópia do exame de hemograma completo - trimestral</p> <p>Creatinina - trimestral</p>	
--	---	---	---	--	--

<p>Psoríase</p>	<p>L40.0 psoríase vulgar L40.1 psoríase pustulosa generalizada L40.4 psoríase gutata L40.8 outras formas de psoríase</p>	<p>METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2 CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2 CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A RISANQUIZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 0,83 ML GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Dermatologista</p> <p>Índice de Gravidade e Extensão das Lesões Psoriáticas utilizadas para Cálculo do PASI (Psoriasis Area and Severity Index) ou Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI) ou acometimento superior a 10% da superfície corporal Hemograma Completo TGP TGO Fosfatase Alcalina Gama GT Uréia Creatinina sérica Exame qualitativo de urina Perfil Lipídico Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para Acitretina apresentar também além: Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos; Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2);</p> <p>Bilirrubinas Glicose Para crianças: idade óssea com radiografias de mãos e punhos</p> <p>Para Ciclosporina apresentar também: Bilirrubinas Sódio Magnésio Ácido úrico Potássio HBsAg/Anti-HCV/Anti-HIV Radiografia de tórax Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA</p> <p>Para Metotrexato, Adalimumabe, Etanercepte, Ustequinumabe, Secuquinumabe e Risanquizumabe apresentar também: Proteína C reativa (PCR) Albumina Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA HBsAg Anti-HCV/Anti-HIV Radiografia do tórax TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE - TER</p>	<p>Especialidade Médica: Dermatologista</p> <p>Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil – mensal Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI – trimestral Perfil Lipídico - trimestral TGP- trimestral TGO- trimestral Hemograma Completo - trimestral Exame qualitativo de urina - trimestral</p> <p>Para Acitretina: Receituário de Controle Especial para Retinóides Sistêmicos; Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2); Perfil Lipídico: semestral Hemograma Completo- trimestral Uréia- trimestral Creatinina- trimestral Em crianças radiografias de mãos e punhos: anual</p> <p>Para Metotrexato: Hemograma completo- trimestral Uréia- trimestral Creatinina- trimestral Albumina: semestral</p> <p>Para Ciclosporina: Creatinina- trimestral Uréia- trimestral Potássio- trimestral Perfil lipídico- trimestral Magnésio- trimestral Clearance de Creatinina: anual</p> <p>Para Metotrexato, Adalimumabe, Etanercepte, Ustequinumabe, Secuquinumabe e Risanquizumabe apresentar também: Fosfatase Alcalina- trimestral Perfil Lipídico- trimestral Creatinina sérica- trimestral PCR- trimestral PPD - anualmente</p>	
-----------------	--	--	--	---	--

Puberdade precoce central	E22.8 Outras hiperfunções da hipófise - puberdade precoce central	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 22,5 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B (inserir do hórus)	Especialidade Médica: Endocrinologista Pediátrico, Endocrinologista Dosagem de LH basal sérico FSH Raio X de Mãos e Punhos Curva de crescimento / Velocidade de Crescimento. Peso, altura e estagio puberal de Tanner Ressonância magnética de Sistema Nervoso Central – Para meninas até 8 anos e para meninos até 6 anos. Ultrassonografia pélvica - Para meninas TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Endocrinologista Pediátrico, Endocrinologista Curva de crescimento, Velocidade de Crescimento, Peso, altura e estagio puberal de Tanner: semestral ou em mudanças de doses LH basal sérico: semestral ou em mudanças de doses Raio X de mãos e punhos: anual Para Ciproterona apresentar também: TGO TGP Bilirrubina	
Púrpura trombocitopênica idiopática	D69.3 púrpura trombocitopênica idiopática	Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b Eltrombopague 25 mg comp rev grupo 1.b Eltrombopague 50 mg comp rev grupo 1.b Imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a	Especialidade Médica: Hematologista Cópia do exame de hemograma completo Cópia do exame de contagem de plaquetas Cópia do exame de anti-HIV Cópia do exame de anti-HCV Cópia do exame de HBSAG Para Danazol apresentar também TGP TGO Para o medicamento Eltrombopague solicitar também: Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Especialidade Médica: Hematologista Para Imunoglobulina: cópia do exame de hemograma completo - na retirada Dose única, sendo repetida no segundo dia se plaquetas mantiverem-se < 20.000/mm ³ (ou <50.000/mm ³ em Situações de Emergência); Para azatioprina: Hemograma completo – trimestral TGP - trimestral TGO - trimestral Para danazol: perfil lipídico - semestral TGP - semestral TGO – semestral Ultrassonografia abdominal – anualmente Para ciclofosfamida: exame de hemograma completo - trimestral Para Eltrombopague: exame de hemograma completo - mensal TGP – mensal TGO - mensal Bilirrubina - mensal	ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO: DOENÇA INICIAL: Imunoglobulina humana intravenosa: Crianças e adolescentes: 0,8 a 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm ³). Adultos: 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm ³). DOENÇA REFRATÁRIA: Eltrombopague: Crianças acima de 6 anos, adolescentes e adultos: dose inicial de 50 mg, por via oral, uma vez ao dia. Ajustar dose para atingir contagem de plaquetas > 50.000/mm ³ até dose máxima de 75 mg/dia. Para pacientes com ascensão asiática, incluindo aqueles com insuficiência hepática, a dose inicial deve ser de 25mg, por via oral, uma vez ao dia. Imunoglobulina humana intravenosa: 0,8 a 1 g/kg por um a dois dias (repete-se a dose no segundo dia, caso a contagem de plaquetas permaneça abaixo de 50.000/mm ³). Crianças e adolescentes: plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm ³ . Adultos: plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm ³ .
Protocolo de utilização da Teriparatida em Osteoporose - MT	M80.0 Osteoporose pós-menopáusia com fratura patológica M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica M80.5 Osteoporose idiopática com fratura patológica M81.9 Osteoporose não especificada	TERIPARATIDA 250 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,4 ML ELENCO ESTADUAL	Especialidade médica: Geriatra, Ortopedista, Endocrinologista, Reumatologista Anexo I e II do protocolo devidamente preenchidos Densitometria óssea da coluna lombar e fêmur proximal Exame de hemograma completo Dosagem de creatinina Dosagem de calcúria de 24 horas Dosagem de cálcio sérico Dosagem de fosfatase alcalina sérica Dosagem de 25-hidroxivitamina D Raios-X para pacientes que apresentarem fraturas	Especialidade médica: Geriatra, Ortopedista, Endocrinologista, Reumatologista, Clínico Dosagem recente do cálcio sérico (anexar o resultado): semestral Anexo I e II do protocolo devidamente preenchidos: semestral Densitometria óssea para fins de monitoramento da resposta ao tratamento: anual	

<p>Raquitismo e osteomalácia</p>	<p>E55.0 raquitismo ativo E55.9 deficiência não especificada de vitamina d E64.3 sequelas do raquitismo E83.3 distúrbios do metabolismo do fósforo M83.0 osteomalácia puerperal M83.1 osteomalácia senil M83.2 osteomalácia do adulto devido à má-absorção M83.3 osteomalácia do adulto devido à desnutrição M83.8 outra osteomalácia do adulto</p>	<p>CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2</p> <p>BUROSUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A (inserir do hórus)</p> <p>BUROSUMABE 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A</p> <p>BUROSUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Médico assistente / Clínico</p> <p>Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D Cópia do exame de dosagem de cálcio total sérico Cópia do exame de dosagem de cálcio urinário Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina sérica Cópia do exame de dosagem de fósforo sérico Cópia do exame de dosagem de fósforo urinário Cópia do exame de dosagem de paratohormônio (PTH) Cópia do exame de dosagem TGO e TGP Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica Medida do pH urinário e densidade urinária Cópia do exame de Clearance de Creatinina Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica Cópia do exame de potássio Cópia do exame gasometria venosa Cópia do exame de avaliação de glicose e proteínas na urina Cópia do laudo radiológico Para Burosumabe apresentar também: - Diagnóstico genético de HLX. - Ultrassonografia de rins e vias urinárias</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Médico assistente / Clínico</p> <p>Cópia do exame de dosagem de Paratohormônio (PTH): trimestral Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário: trimestral Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico: trimestral Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica: trimestral Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário: trimestral Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico: trimestral Cópia do laudo radiológico: semestral Ultrassonografia de rins e vias urinárias - anual</p>	<p>Imunoglobulina humana intravenosa: Crianças e adolescentes: 0,8 a 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm³). No diagnóstico, em geral, algum dos seguintes exames laboratoriais encontra-se alterado: dosagem sérica de cálcio, fósforo, PTH, 25-hidroxivitamina D e fosfatase alcalina, no soro, excreção urinária de fósforo e cálcio.</p> <p>Serão incluídos pacientes com diagnóstico clínico, laboratorial e radiológico de raquitismo ou osteomalácia, com ou sem exame histopatológico.</p> <p>O tratamento com calcitriol requer, adicionalmente, a presença dos seguintes critérios: a) Crianças e adolescentes sem resposta à reposição com vitamina D e cálcio, devido a: -Dependência de vitamina D tipo I (deficit de síntese de 1,25-dihidroxivitamina D); -Dependência de vitamina D tipo II (resistência à ação da 1,25-dihidroxivitamina D); -Hipofosefemia não hipercalcêmica; - Resistência à vitamina D; -Secundário a doença hepática; ou -Secundário a tumor.</p> <p>Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que possuem contraindicação ou hipersensibilidade ao medicamento preconizado ou aos componentes da fórmula.</p> <p>Nos pacientes que apresentam indicação para o uso de calcitriol, o tratamento deve ser mantido até o término do crescimento nas crianças.</p> <p>Na fase adulta, esses pacientes devem ser tratados se apresentarem sintomas de dor óssea ou fraturas que não consolidam.</p>
----------------------------------	---	--	---	---	--

Retocolite ulcerativa	<p>K51.0 Enterocolite ulcerativa K51.1 Ileocolite ulcerativa (crônica) K51.2 Proctite ulcerativa K51.3 Retossigmoidite ulcerative K51.4 Pseudopolipose do cólon K51.5 Colite esquerda K51.8 Outras colites ulcerativas K52.2 Gastroenterite e colite alérgicas ou ligadas à dieta</p>	<p>AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A MESALAZINA 1 G ENEMA 100 ML GRUPO 2 MESALAZINA 1000 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 250 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 3 G ENEMA 100 ML GRUPO 2 MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2 MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 MESALAZINA 500 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2 SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade médica: Gastroenterologista / Proctologista</p> <p>Laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica</p> <p>Hemograma TGP e TGO Creatinina Parcial de Urina (EQU);</p> <p>Para CICLOSPORINA apresentar também: Ácido Úrico Potássio Lipídios Magnésio Perfil Lipídico</p> <p>Para INFLIXIMABE, VEDOLIZUMABE apresentar também: Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA Radiografia do tórax</p> <p>Para TOFACITINIBE apresentar também: Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA Radiografia do tórax HBsAG Anti-HCV</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Não há no PCDT exigência de especialidade.</p> <p>Hemograma TGP e TGO Periodicidade: semestral</p> <p>Para CICLOSPORINA apresentar também: Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio Periodicidade: semestral</p>	<p>Adultos: 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm³).</p> <p>Mesalazina 800 mg quantidade máxima: 186 comprimidos.</p>
-----------------------	--	---	--	---	--

<p>Síndrome de falência medular</p>	<p>D60.0 Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica D60.1 Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória D60.8 Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha D61.0 Anemia Aplástica Constitucional D61.1 Anemia aplástica induzida por drogas D61.2 Anemia aplástica devida a outros agentes externos D61.3 Anemia aplástica idiopática D61.8 Outras anemias aplásticas especificadas D70 Agranulocitose Z94.8 Outros órgãos e tecidos transplantados</p>	<p>IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2</p>	<p>Especialidade médica: Hematologista</p> <p>Hemograma com plaquetas Reticulócitos Sorologias para HIV, Sorologias hepatite B, Sorologias hepatite C, Sorologias EBV Sorologias CMV; FAN (fator antinuclear) Fator reumatoide</p> <p>Realização de biópsia de medula óssea, Vitamina B12 Ácido fólico Tomografia computadorizada de tórax para exclusão de timoma; Beta-HCG (pacientes < 55 anos) Cariotipagem da medula óssea Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea</p> <p>Para IMUNOGLOBULINA apresentar também: Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Hematologista</p> <p>Hemograma com plaquetas - semestral Reticulócitos - semestral TGO- semestral TGP- semestral</p> <p>Para pacientes com ANEMIA APLÁSTICA deve apresentar também: Laudo de biópsia de medula óssea - semestral Análise de mielograma- semestral Análise de cariótipo- semestral</p> <p>Para ELTROMBOPAGUE apresentar também: GGT- semestral Bilirrubinas- semestral</p>	
-------------------------------------	---	--	---	--	--

<p>Síndromes Coronárias Agudas</p>	<p>I20.0 Angina instável I20.1 Angina pectoris com espasmo documentado I21.0 Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio I21.1 Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio I21.2 Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações I21.3 Infarto agudo transmural do miocárdio, de localização não especificada I21.4 Infarto agudo subendocárdico do miocárdio I21.9 Infarto agudo do miocárdio não especificado I22.0 Infarto do miocárdio recorrente da parede anterior I22.1 Infarto do miocárdio recorrente da parede inferior I22.8 Infarto do miocárdio recorrente de outras localizações I22.9 Infarto do miocárdio recorrente de localização não especificada I23.0 Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.1 Comunicação interatrial como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.2 Comunicação interventricular como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.3 Ruptura da parede do coração sem ocorrência de hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.4 Ruptura de cordoalhas tendíneas como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.5 Ruptura de músculos papilares como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.6 Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.8 Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio I24.0 Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio I24.8 Outras formas de doença isquêmica aguda do coração I24.9 Doença isquêmica aguda do coração não especificada</p>	<p>CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2</p>	<p>Especialidade médica: Sem especialidade médica necessária</p> <p>Cópia do laudo da ecocardiografia OU cateterismo OU angiotomografia</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Sem especialidade médica necessária</p> <p>A critério médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IAMSSST: <ul style="list-style-type: none"> - 75mg/dia por 9 meses; - Caso o paciente apresente risco de sangramento aumentado, o clopidogrel deve ser mantido por no mínimo 4 semanas. • IAMCSSST: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes não submetidos à ICP (com ou sem terapia fibrinolítica) manter clopidogrel 75mg por no mínimo 4 semanas, podendo se estender por 9 meses; - Pacientes com implante de stent (convencional ou farmacológico), manter clopidogrel 75mg por 9 meses. • Em casos de hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal ao AAS, deve ser utilizado clopidogrel 75mg/dia por tempo indeterminado.
------------------------------------	--	---------------------------------------	---	---	---

Síndrome de guillain-barré	G61.0 Síndrome de Guillain-Barré	<p>IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade Médica: Neurologista ou intensivista</p> <p>Exame de Líquor Laudo de Eletroencefalografia (se tiver) Laudo médico detalhado contendo descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado preferencialmente especialista em neurologia.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Neurologista ou intensivista</p> <p>N/A</p>	
Síndrome de ovários policísticos e hirsutismo/acne	<p>E25.0 Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática E28.0 Excesso de estrogênio E28.2 Síndrome dos ovários policísticos L68.0 Hirsutismo</p>	Ciproterona 50 mg comp grupo 1.b	<p>Especialidade médica:Ginecologista ou Endocrinologista</p> <p>Relato médico detalhando os critérios de inclusão E que o diagnóstico de SOP foi confirmado após exclusão de outras causas de hiperandrogenismo conforme exames para exclusão de outras causas de hiperandrogenismo; Beta-HCG; Testosterona sérica; Ultrassonografia pélvica</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade médica: Ginecologista ou Endocrinologista</p> <p>Testosterona sérica - anual</p>	

<p>Síndrome Mielodisplásica de baixo risco</p>	<p>D46.0 Anemia refratária sem sideroblastos D46.1 Anemia refratária com sideroblastos D46.4 Anemia refratária, não especificada D46.7 Outras síndromes mielodisplásicas</p>	<p>ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Hematologia</p> <p>Hemograma completo Mielograma Contagem de reticulócitos Dosagem de Vitamina B12 Dosagem de Ácido Fólico Dosagem do Ferro Sérico Dosagem da Saturação de Transferrina Dosagem de Lactato Desidrogenase TGP TGO Fosfatase Alcalina Gama GT Tromboplastina parcialmente ativada (TTPa) Tempo de protrombina (TP) Bilirrubina total e frações Ureia Creatinina Sódio Potássio Cálcio Fósforo Exame de Urina Sorologia para HIV Sorologia para Hepatite B Sorologia para Hepatite C Sorologia para CMV (Citomegalovírus) TSH T4 Livre Fator Reumatóide Fator Antinuclear Radiografia de tórax Ultrassonografia de abdôme Aspirado e biópsia de medula óssea (Coloração para ferro na medula óssea (pesquisa de sideroblastos em anel) - Citogenética convencional da medula óssea com bandeamento G ou hibridização in situ por fluorescência (FISH) - Histopatológico da medula óssea (com pesquisa de fibrose medular - coloração pela reticulina).</p> <p>TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Hematologia</p> <p>Hemograma: quinzenal durante o primeiro mês, seguido de hemograma mensal até a 24ª semana de tratamento. Em caso de resposta completa, deve-se manter o tratamento e realizar um hemograma trimestralmente.</p>	
--	---	--	---	---	--

Síndrome de Turner	<p>Q96.0 Cariótipo 45,X Q96.1 Cariótipo 46,X iso Q96.2 Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso Q96.3 Mosaïcismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY Q96.4 Mosaïcismo cromossômico, 45, X/outraslinhagens celulares com cromossomo sexual anormal Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner</p>	<p>SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A SOMATROPINA 16 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista /Endocrinopediatra</p> <p>Exame de Cariótipo Curva de crescimento (da OMS ou NCHS) Dosagem de IGF-1 Dosagem de TSH Dosagem de T4 livre Dosagem da Glicemia de jejum Raio X de mãos e punhos para idade óssea (idade 5 anos a cima)</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Endocrinologista /Endocrinopediatra</p> <p>Curva de crescimento (da OMS ou NCHS) /Curva de altura de Lyon: semestral Dosagem de TSH: anual Dosagem da Glicemia de jejum: anual Raio X de mãos e punhos para idade óssea: anual Dosagem de IGF-1: semestral e/ou alterações de doses.</p>	
Síndrome inflamatória Pediátrica - associada à Covid-19	<p>B34.2 - Infecção por Coronavírus de localização não especificada.</p>	<p>IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade Médica: Não especificada.</p> <p>Marcadores de inflamação elevados;</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Não especificada.</p> <p>N/A</p>	
Síndrome Nefrótica Primária em Adultos	<p>N04.0 Síndrome nefrótica -anormalidade glomerular minor N04.1 Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares N04.2 Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa N04.3 Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa N04.4 Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa N04.5 Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa N04.6 Síndrome nefrótica doença de depósito denso N04.7 Síndrome nefrótica glomerulonefrite difusa em crescente N04.8 Síndrome nefrótica outras N04.9 Síndrome nefrótica não especificada</p>	<p>CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGUA GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Serviços Especializados de Nefrologia</p> <p>Biópsia renal (com diagnóstico histopatológico) Proteinúria 24 horas Creatinina sérica Albumina sérica Colesterol total LDL HDL Triglicérides Hemograma Glicose EAS β-HCG para mulheres em idade fértil.</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Serviços Especializados de Nefrologia</p> <p>Creatinina sérica: semestral Proteinúria 24 horas: semestral Albumina sérica: semestral EAS: semestral Hemograma completo: semestral Glicose: semestral</p> <p>Para Ciclosporina apresentar também: Dosagem do fármaco (nível sérico): semestral</p>	

<p>Síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes (até 18 anos)</p>	<p>N04.0 síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor N04.1 síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares N04.2 síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa N04.3 síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa N04.4 síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa N04.5 síndrome nefrótica - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa N04.6 síndrome nefrótica - doença de depósito denso N04.7 síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente N04.8 síndrome nefrótica – outras</p>	<p>CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGUA GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A</p>	<p>Especialidade Médica: Serviços Especializados de Nefrologia</p> <p>Albumina sérica Anti-HCV/Anti-HIV Toxoplasmose Colesterol total HBsAg Hemograma Proteinúria 24 horas Triglicérides</p> <p>A Biópsia renal é indicada nos seguintes casos: • Crianças menores de 1 ano de idade; • Crianças maiores de 8 anos de idade e adolescentes; • Hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído; • Síndrome Nefrótica Resistente a Corticóides (SNRC), com ausência de resposta a prednisona oral por 8 semanas ou prednisona oral por 4 semanas mais pulsoterapia com metilprednisona intravenosa;</p> <p>TERMO DE ESCLAR. E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Serviços Especializados de Nefrologia</p> <p>EAS : trimestral Hemograma completo: trimestral Índice Proteína/Creatinina em amostra de urina: trimestral Albumina sérica: trimestral Colesterol total: trimestral Creatinina: trimestral Hemograma: trimestral Glicose: trimestral semestral : trimestral Triglicérides: trimestral</p> <p>Para Ciclosporina apresentar também: Dosagem do fármaco (nível sérico): mensal</p>	
<p>Sobrecarga de ferro</p>	<p>T45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos E83.1 Doenças do metabolismo do ferro</p>	<p>DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B DEFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B</p>	<p>Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária</p> <p>Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica Biópsia hepática OU Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro.</p> <p>Creatinina TGO TGP Hemograma</p> <p>Para DEFERROXAMINA apresentar também: Avaliação de acuidade visual</p> <p>Para DEFERIPRONA apresentar também: Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>Para DEFERASIROX apresentar também: Cópia do exame de anti-HCV Cópia do exame de HBsAg Dosagem de Proteinúria de 24 horas Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária</p> <p>TGO : trimestral TGP : trimestral creatinina : trimestral Gama GT : trimestral fosfatase alcalina : trimestral bilirrubinas : trimestral ferritina sérica : trimestral</p> <p>Para DEFERROXAMINA apresentar também: Avaliação de acuidade visual – anualmente</p> <p>Para DEFERIPRONA apresentar também: Hemograma : trimestral</p> <p>Para DEFERASIROX apresentar também: Proteinúria : trimestral</p>	<p>Para uso dos quelantes utilizados por via oral devem ser observados também os seguintes critérios:</p> <p>Para Deferiprona: pacientes com talassemia maior e impossibilidade de uso da desferroxamina por contra-indicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização.</p> <p>Para Deferasirox: pacientes com sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional) e impossibilidade de uso da desferroxamina por contra-indicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização.</p> <p>Hipersensibilidade ao medicamento ou a algum componente da fórmula também não devem ser tratados com quelantes.</p> <p>(Deferasirox) insuficiência hepática ou depuração de creatinina abaixo de 40 ml/min.</p> <p>Para pacientes em uso de deferiprona deve ser solicitado hemograma antes do início do tratamento.</p> <p>Deve ser realizada devido ao risco de agranulocitose.</p>

Transtorno afetivo bipolar do tipo I	<p>F31.1 transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos</p> <p>F31.2 transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos</p> <p>F31.3 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado</p> <p>F31.4 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos</p> <p>F31.5 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos</p> <p>F31.6 transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto</p> <p>F31.7 transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão</p>	<p>Lamotrigina 100 mg comp grupo 2;</p> <p>Lamotrigina 25 mg comp grupo 2;</p> <p>Lamotrigina 50 mg comp grupo 2;</p> <p>Olanzapina 10 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Olanzapina 5 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Quetiapina 100 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Quetiapina 200 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Quetiapina 25 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Quetiapina 300 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Risperidona 1 mg comp grupo 1.b;</p> <p>Risperidona 2 mg comp grupo 1.b;</p> <p>Risperidona 3 mg comp grupo 1.b;</p> <p>Clozapina 100 mg comp grupo 1.a;</p> <p>Clozapina 25 mg comp grupo 1.a</p>	Especialidade Médica: Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	Aumento/redução de dosagem- LME + receita (autorizado pela própria Unidade).
			<p>Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)</p> <p>Três medidas de pressão arterial em datas diferentes</p> <p>Dosagens de colesterol total</p> <p>HDL</p> <p>LDL</p> <p>Triglicerídeos</p> <p>Glicemia de jejum</p> <p>Hemograma</p> <p>TGO</p> <p>TGP</p> <p>Para RISPERIDONA:</p> <p>Prolactina</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses</p> <p>Dosagens de colesterol total a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente;</p> <p>HDL a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente;</p> <p>LDL a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente;</p> <p>Triglicerídeos a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente;</p> <p>Glicemia de jejum a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente;</p> <p>Hemograma - anualmente (exceto clozapina que é mensal)</p> <p>TGO- anualmente</p> <p>TGP- anualmente</p> <p>Para RISPERIDONA: Prolactina</p> <p>Para CLOZAPINA apresentar:</p> <p>Hemograma completo - mensalmente ou em caso de aumento de dose.</p>	<p>- Troca de medicamentos - LME + receita + Termo (TER).</p> <p>- Troca de CID - LME + receita.</p> <p>Se adequação com:</p> <p>CLOZAPINA - LME + receita + termo + formulário + hemograma com contagem de plaquetas.</p> <p>LAMOTRIGINA + ANTIPSICÓTICO - LME + receita + termo + formulário + AST + ALT. *Para adequação Clozapina o hemograma apresentado deve ter validade de 30 dias.</p> <p>- Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais.</p>

Transtorno Esquizoafetivo	F25.0 -Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco F25.1 -Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo F25.2 -Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	Olanzapina 10 Mg Comp Grupo 1.A Olanzapina 5 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 100 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 200 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 300 Mg Comp Grupo 1.A Ziprasidona 40 Mg Cap Grupo 1.A Ziprasidona 80 Mg Cap Grupo 1.A Quetiapina 25 Mg Comp Grupo 1.A Risperidona 1 Mg Comp Grupo 1.B Risperidona 2 Mg Comp Grupo 1.B Risperidona 3 Mg Comp Grupo 1.B Clozapina 100 Mg Comp Grupo 1.A Clozapina 25 Mg Comp Grupo 1.A	Especialidade Médica: Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	*Para adequação Clozapina o hemograma apresentado deve ter validade de 30 dias. - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais.
			Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) Três medidas de pressão arterial em datas diferentes Dosagens de colesterol total HDL LDL Triglicerídeos Glicemia de jejum Hemograma Concentração de sódio Concentração de potássio Para RISPERIDONA: Prolactina TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses Dosagens de colesterol total a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; HDL a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; LDL a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; Triglicerídeos a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; Glicemia de jejum a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; Hemograma - anualmente (exceto clozapina que é mensal) TGO- anualmente TGP- anualmente Para RISPERIDONA: Prolactina Para CLOZAPINA apresentar: Hemograma completo - mensalmente ou em caso de aumento de dose.	
Tratamento Farmacológico na Obesidade - MT	E66 - Obesidade	Orlistate 120 Mg Cápsula Elenco Estadual Sibutramina, Cloridrato 10 Mg Comprimido Elenco Estadual Sibutramina, Cloridrato 15 Mg Comprimido Elenco Estadual	Especialidade Médica: Médico do centro de referência estadual para tratamento da obesidade. Receita "B2" para Sibutramina: interrompida ao fim de 24 meses de tratamento. Termo de Responsabilidade do Prescritor. Anexo I e II do protocolo devidamente preenchidos Laudo de Ultrassonografia de abdômen Hemoglobina Glicosilada Glicemia de jejum Perfil Lipídico	Especialidade Médica: Médico do centro de referência estadual para tratamento da obesidade. Anexo III do protocolo de tratamento farmacológico na obesidade devidamente preenchido: semestral Hemoglobina Glicosilada: semestral Glicemia de jejum: semestral Perfil Lipídico: semestral Receita "B2" para Sibutramina: interrompida ao fim de 24 meses de tratamento: semestral	

<p>Uveítes posteriores não-infecciosas</p>	<p>H30.1 Inflamação coriorretiniana disseminada H30.2 Ciclite posterior H30.8 Outras inflamações coriorretinianas H20.1 Iridociclite crônica H15.0 Esclerite</p>	<p>Azatioprina 50 Mg Comp Grupo 2 Ciclosporina 10 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 100 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 100 Mg/MI Sol Oral (Fr) 50 MI Grupo 2 Ciclosporina 25 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 50 Mg Cap Grupo 2 Adalimumabe 40 Mg/MI Sol Inj (Ser Preenc) Grupo 1.A Metilprednisolona 500 Mg Pó Liof Inj (Amp) Grupo 2</p>	<p>Especialidade Médica: Oftalmologista / Reumatologista</p> <p>Biomicroscopia de segmento anterior E/OU Angiografia fluoresceínicaE/OU Ecografia ocular Exame HLA-B27 Hemograma com plaquetas TGO TGP Tomografia computadorizada E/OU Radiografia E/OU Ressonância nuclear magnética E/OU Cintilografia</p> <p>Para CICLOSPORINA apresentar também: Creatinina Ureia Sódio Potássio Ácido úrico Triglicérides Colesterol total e HDL</p> <p>Para ADALIMUMABE apresentar também: PPD ou IGRA Radiografia de Tórax</p> <p>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER</p>	<p>Especialidade Médica: Renovações Sem Alterações Conforme PCDT não há exigência de especialidade. Com alteração de medicação ou dose: Oftalmologista / Reumatologista</p> <p>Hemograma completo- trimestral TGO - trimestral TGP - trimestral</p> <p>Para CICLOSPORINA apresentar também: Medidas de Pressão arterial - mensal Creatinina- mensal Ureia- mensal Sódio- trimestral Potássio- trimestral Ácido úrico- trimestral Triglicérides- trimestral Colesterol total e HDL- trimestral</p>	<p>Manter tratamento por 6 a 24 meses com diminuição gradual da dose, monitorando a efetividade.</p>
--	--	---	---	---	--