



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA
SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**– DOENÇAS QUE POSSUEM
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT)
PUBLICADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE -**

VERSÃO JUNHO.2015

**DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA
SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES DEVEM SER ENVIADOS, ALÉM DOS DOCUMENTOS / EXAMES DESCRITOS PARA CADA MEDICAMENTO, OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.
- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal (para pacientes menores de 18 anos).
- Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamento).
- Formulário Cadastro de Usuários (somente para usuários que realizam a primeira solicitação administrativa de medicamentos à SES/RS)
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (conforme PDCT).

ATENÇÃO:

Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

ABATACEPTE 250 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ACETAZOLAMIDA 250 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ÁCIDO NICOTÍNICO 250 MG (POR COMPRIMIDO)

ÁCIDO NICOTÍNICO 500 MG (POR COMPRIMIDO)
 ÁCIDO NICOTÍNICO 750 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando se paciente possui intolerância ou contraindicação ao tratamento com estatinas • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham iii) evidência clínica de doença aterosclerótica iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ACITRETINA 10 MG (POR CÁPSULA)
 ACITRETINA 25 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Ictioses hereditárias (Portaria SAS/MS 13/2010)
CID	Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Fosfatase alcalina • Bilirrubinas • Gama-GT • Creatinina sérica • Ureia sérica • Triglicerídeos • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Glicemia de jejum • Hemograma completo • Exame Qualitativo de Urina (EQU) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Avaliação da idade óssea (em pacientes com idade inferior a 12 anos) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas da doença, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 13/2010 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame histopatológico <u>OU</u> documentação fotográfica que evidencie o diagnóstico.

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal • Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • Fosfatase alcalina • Creatinina sérica • Ureia sérica • Bilirrubinas • Gama-GT • Colesterol total • Colesterol LDL • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Glicose em jejum • Hemograma completo • Velocidade de hemossedimentação • Exame Qualitativo de Urina (EQU) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografia da área acometida <p>Para crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografia de mãos e punhos

ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) ou índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples ou de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • teste de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico ou anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Reação de Mantoux • Radiografia de tórax • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 <u>ou</u> laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ADEFOVIR 10 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina • HBsAg • HbeAg • Anti-HBe • Anti-HIV • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

	<p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+ <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR quantitativo para VHC
--	--

ALFACALCIDOL 0,25 MCG (POR CÁPSULA)

ALFACALCIDOL 1,0 MCG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Hipoparatiroidismo (Portaria SAS/MS 14/2010)
CID	E20.0, E20.1, E20.8, E89.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • (Cálcio iônico) OU (cálcio total + albumina sérica) • Paratormônio sérico (PTH) • Magnésio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Osteodistrofia renal (Portaria SAS/MS 69/2010)
CID	N25.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Paratormônio sérico (PTH) • Fósforo sérico • Cálcio sérico • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica informando se o paciente realiza terapia renal substitutiva • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)

Protocolo	Fibrose cística – Insuficiência Pancreática / Manifestações Pulmonares (Portaria SAS/MS 224/2010)
CID	E84.0, E84.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ALFAEPOETINA 1.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ALFAEPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Alfaepoetina (Portaria SAS/ MS 226/2010)
CID	N18.0, N18.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Ferritina sérica • Saturação da transferrina • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, informando se o paciente apresenta-se em tratamento dialítico • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico

	e pelo paciente ou responsável
--	--------------------------------

ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Alfaepoetina (Portaria SAS/ MS 226/2010)
CID	N18.0, N18.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Ferritina sérica • Saturação da transferrina • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, informando se o paciente apresenta-se em tratamento dialítico • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B17.1, B18.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Descrição clínica informando o início do tratamento da hepatite viral C e detalhando os sinais e/ou sintomas em relação à anemia e/ou neutropenia, informando se o paciente fez redução da dose do(s) medicamento(s) utilizados para o tratamento do HCV

ALFAINTERFERONA 2B 3.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ALFAINTERFERONA 2B 5.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ALFAINTERFERONA 2B 10.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Hemangioma Infantil (Portaria SAS/MS 1326/2013)
CID	D18.0
Documentos e exames	<p>PACIENTES COM IDADE < 2 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética) OU Laudo de exame endoscópico (fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva ou colonoscopia) OU laudo de exame anatomopatológico da lesão. • Descrição dos sinais clínicos apresentados pelo paciente, tamanho e localização da lesão, taxa de crescimento ou regressão, presença ou possibilidade de complicações. • TGO/AST • TGP/ALT • Tempo de protrombina • TSH • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.0, B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • HBsAg • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos)

	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus delta (D)(CID B18.0)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-HDV total • Anti-HDV IgM OU PCR-HDV OU HDV-Ag <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+ <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR quantitativo para VHC
--	--

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfeções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B17.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de detecção de anticorpo (anti-HCV) ou teste de detecção combinada de antígeno e anticorpo do HCV • Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA) • Hbs-Ag • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Tempo de protrombina • Bilirrubinas • Albumina sérica • Creatinina sérica • Ácido úrico • Glicemia de jejum • TSH • Anti-HIV (1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • anti-HAV total OU IgG • anti-HBc total OU IgG • Exame qualitativo de urina (EQU) • Exame parasitológico de fezes (EPF) • Ultrassonografia abdominal • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição clínica da evolução da infecção, com data do início dos sintomas e/ou data da provável infecção • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfeções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B18.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo) • Genotipagem do HCV • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Hemograma com plaquetas

	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Tempo de protrombina • Bilirrubinas • Albumina sérica • Creatinina sérica • Ácido úrico sérico • Glicemia de jejum • TSH • Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • Hbs-Ag • anti-HAV total OU IgG • anti-HBc total OU IgG • Exame qualitativo de urina (EQU) • Exame parasitológico de fezes (EPF) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Descrição clínica detalhada circunstanciada (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante • Biópsia hepática OU comprovação de cirrose através de elastografia OU endoscopia digestiva alta ou ecografia/tomografia abdominal OU justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • HbsAg • HBeAg • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Anti-HBe • Anti-HIV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus delta (D)(CID B18.0)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-HDV total • Anti-HDV IgM OU PCR-HDV OU HDV-Ag <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4⁺

Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C

- PCR quantitativo para VHC

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfeções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B18.2
Documentos e exames	<p><u>PARA PACIENTES EM TERAPIA DUPLA</u> <u>(Alfapecinterferona + ribavirina)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo)• Genotipagem do HCV• Gama-GT• Fosfatase alcalina• Hemograma com plaquetas• TGO/AST• TGP/ALT• Tempo de protrombina• Bilirrubinas• Albumina sérica• Creatinina sérica• Ácido úrico sérico• Glicemia de jejum• TSH• Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺• Hbs-Ag• anti-HAV total <u>OU</u> IgG• anti-HBc total <u>OU</u> IgG• Exame qualitativo de urina (EQU)• Exame parasitológico de fezes (EPF)• Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo• Biópsia hepática <u>OU</u> comprovação de cirrose através de elastografia <u>OU</u> endoscopia digestiva alta ou ecografia/tomografia abdominal <u>OU</u> justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde• Descrição clínica detalhada circunstanciada (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
	<p><u>PARA PACIENTES EM TERAPIA TRIPLA</u> <u>[Alfapecinterferona + ribavirina + (boceprevir ou telaprevir)]</u> <u>(Portaria SVS/MS 221/2011 - Suplemento 2 – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo)• Genotipagem do HCV• Gama-GT• Fosfatase alcalina• Hemograma com plaquetas• TGO/AST• TGP/ALT• Tempo de protrombina

- Bilirrubinas
- Albumina sérica
- Creatinina sérica
- Ácido úrico sérico
- Glicemia de jejum
- TSH
- Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺
- Hbs-Ag
- anti-HAV total **OU** IgG
- anti-HBc total **OU** IgG
- Exame qualitativo de urina (EQU)
- Exame parasitológico de fezes (EPF)
- Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo
- Biópsia hepática **OU** comprovação de cirrose através de elastografia **OU** endoscopia digestiva alta ou ecografia/tomografia abdominal **OU** justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde
- Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). O relatório também deve conter as seguintes informações: uso prévio de inibidor de protease e critérios de individualização de tratamento para Boceprevir (justificativa da necessidade do paciente receber Boceprevir ao invés de Telaprevir). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante.
- Termo de Consentimento específico da Terapia Tripla preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 MCG (POR FRASCO-AMPOLA)
 ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG (POR FRASCO-AMPOLA)
 ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • HbsAg • HBeAg • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Anti-HBe • Anti-HIV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus delta (D)(CID B18.0)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-HDV total • Anti-HDV IgM OU PCR-HDV OU HDV-Ag <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+

Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C

- PCR quantitativo para VHC

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B18.2
Documentos e exames	<p><u>PARA PACIENTES EM TERAPIA DUPLA</u> <u>(Alfapeginterferona + ribavirina)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo)• Genotipagem do HCV• Gama-GT• Fosfatase alcalina• Hemograma com plaquetas• TGO/AST• TGP/ALT• Tempo de protrombina• Bilirrubinas• Albumina sérica• Creatinina sérica• Ácido úrico sérico• Glicemia de jejum• TSH• Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺• Hbs-Ag• anti-HAV total <u>OU</u> IgG• anti-HBc total <u>OU</u> IgG• Exame qualitativo de urina (EQU)• Exame parasitológico de fezes (EPF)• Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo• Biópsia hepática <u>OU</u> comprovação de cirrose através de elastografia <u>OU</u> endoscopia digestiva alta ou ecografia/tomografia abdominal <u>OU</u> justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde• Descrição clínica detalhada circunstanciada (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
	<p><u>PARA PACIENTES EM TERAPIA TRIPLA</u> <u>[Alfapeginterferona + ribavirina + (boceprevir ou telaprevir)]</u> <u>(Portaria SVS/MS 221/2011 - Suplemento 2 – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo)• Genotipagem do HCV• Gama-GT• Fosfatase alcalina• Hemograma com plaquetas• TGO/AST• TGP/ALT

	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de protrombina • Bilirrubinas • Albumina sérica • Creatinina sérica • Ácido úrico sérico • Glicemia de jejum • TSH • Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • Hbs-Ag • anti-HAV total OU IgG • anti-HBc total OU IgG • Exame qualitativo de urina (EQU) • Exame parasitológico de fezes (EPF) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Biópsia hepática OU comprovação de cirrose através de elastografia OU endoscopia digestiva alta ou ecografia/tomografia abdominal OU justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde • Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). O relatório também deve conter as seguintes informações: uso prévio de inibidor de protease e critérios de individualização de tratamento para Boceprevir (justificativa da necessidade do paciente receber Boceprevir ao invés de Telaprevir). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante. • Termo de Consentimento <u>específico da Terapia Tripla</u> preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.
--	---

ALFAVELAGLICERASE 200 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
ALFAVELAGLICERASE 400 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Doença de Gaucher (Portaria SAS/MS 1266/2014)
CID	E75.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada das manifestações clínicas associadas à doença. • Aferição do tamanho do fígado e do baço com fita métrica. • Medida da atividade da beta-glicocerebrosidase por ensaio fluorométrico em leucócitos ou fibroblastos OU análise do gene <i>GBA1</i>. • Exame físico (peso, altura, pressão arterial). • Hemograma com plaquetas • Ferritina • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Tempo de protrombina • Ultrassonografia OU ressonância magnética de abdômen. • Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos. • Eletroforese de proteínas • Densitometria óssea (pacientes acima de 19 anos) • Radiografia para determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado) • Vitamina B12 (para pacientes com qualquer tipo de anemia ou manifestações clínicas sugestivas de deficiência de vitamina B12)

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

AMBRISENTANA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

AMBRISENTANA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hipertensão Arterial Pulmonar (Portaria SAS/MS 35/2014)
CID	I27.0, I27.2, I27.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cateterismo cardíaco direito • Ecocardiografia transtorácica • Eletrocardiografia • Radiografia de tórax • Espirometria com prova broncodilatadora • Cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar • Ultrassonografia abdominal • Teste agudo de reatividade vascular (apenas para CID I27.0) • Resultado do teste de caminhada de 6 minutos • TGO/AST • TGP/ALT • Hemograma • Gasometria arterial • Exame parasitológico de fezes • Pesquisa de anticorpo antinuclear • Anticorpos anti-DNA • Fator reumatoide • anti-HIV • HbsAg • Anti-HBC (IgG) • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição da classificação funcional da Hipertensão Arterial Pulmonar segundo NYHA/OMS • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 80 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH

	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham iii) evidência clínica de doença aterosclerótica iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Reumatóide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.1, M05.2, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1, M33.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • anti-HIV • teste de Mantoux • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico OU anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability Status Scale - EDSS</i>) • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL • Dosagem sérica vitamina B12 • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Bilirrubinas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) OU com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hepatite Auto-imune (Portaria SAS/MS 457/2012)
CID	K75.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica informando detalhadamente os sinais e sintomas com descrição do escore ERDHA1 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HIV • HBsAg • Anti-HCV • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Miastenia Gravis (Portaria SAS/MS 229/2010)
CID	G70.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anticorpo anti-receptor de acetilcolina OU laudo de eletroneuromiografia

exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados. • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Velocidade hemossedimentação (VSG) • T3 e T4 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--------	---

Protocolo	Púrpura Trombocitopênica Idiopática (Portaria SAS/MS 1316/2013)
CID	D69.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • hemograma com plaquetas • beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • anti-HIV • anti-HCV • Descrição de tratamentos prévios realizados (medicamentos e/OU esplenectomia) e se paciente apresenta outras doenças concomitantes. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Retocolite Ulcerativa (Portaria SAS/ MS 861/2002)
CID	K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • TGO/AST • TGP/ALT • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença • Laudo de exame endoscópico ou histológico com achados relacionados ao diagnóstico de retocolite • Termo de Consentimento Informado preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Uveítes Posteriores Não Infecciosas (Portaria SAS/MS 498/2010)
CID	H30.0, H30.1, H30.2, H30.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
 BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
 BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability</i>)

	<p><i>Status Scale - EDSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL • Dosagem sérica vitamina B12 • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Bilirrubinas • TSH • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300 MCG) INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability Status Scale - EDSS</i>) • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL • Dosagem sérica vitamina B12 • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Bilirrubinas • TSH • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGUA OU COMPRIMIDO)

BEZAFIBRATO 400 MG (POR COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 3 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0

Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
---------------------	--

BOCEPREVIR 200 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011 - Suplemento 2 – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada).
CID	B18.2
	<ul style="list-style-type: none"> • HCV-RNA quantitativo • Genotipagem de HCV • Biópsia hepática <u>OU</u> comprovação de cirrose através de elastografia <u>OU</u> endoscopia digestiva alta <u>OU</u> ecografia/tomografia abdominal <u>OU</u> justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde • Anti-HIV. Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • HbsAg • Ácido úrico sérico • Albumina • Bilirrubinas • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Glicemia de jejum • Hemograma com plaquetas • Tempo de Protrombina • TSH • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). O relatório também deve conter as seguintes informações: uso prévio de inibidor de protease e critérios de individualização de tratamento para Boceprevir (justificativa da necessidade do paciente receber Boceprevir ao invés de Telaprevir). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante. • Termo de Consentimento <u>específico da Terapia Tripla</u> preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

BOSENTANA 62,5 MG (POR COMPRIMIDO)

BOSENTANA 125 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hipertensão Arterial Pulmonar (Portaria SAS/MS 35/2014)
CID	I27.0, I27.2, I27.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cateterismo cardíaco direito • Ecocardiografia transtorácica • Eletrocardiografia • Radiografia de tórax • Espirometria com prova broncodilatadora • Cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar

	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassonografia abdominal • Teste agudo de reatividade vascular (apenas para CID I27.0) • Resultado do teste de caminhada de 6 minutos • TGO/AST • TGP/ALT • Hemograma • Gasometria arterial • Exame parasitológico de fezes • Pesquisa de anticorpo antinuclear • Anticorpos anti-DNA • Fator reumatoide • anti-HIV • HbsAg • Anti-HBC (IgG) • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição da classificação funcional da Hipertensão Arterial Pulmonar segundo NYHA/OMS • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO OU CAPSULA DE LIBERAÇÃO RETARDADA)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hiperprolactinemia (Portaria SAS/MS 208/2010)
CID	E22.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Prolactina sérica • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TSH • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Ureia sérica • Macroprolactina • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

BUDESONIDA 200 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)
 BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 100 DOSES)
 BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 200 DOSES)
 BUDESONIDA 400 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)

Protocolo	Asma (Portaria SAS/MS 1317/2013)
CID	J45.0, J45.1, J45.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria (a partir 5 anos de idade) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma apresentados pelo paciente informar se paciente é tabagista. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* se espirometria normal, deve ser anexado teste de hiperresponsividade brônquica.</p>

Protocolo	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS 609/2013)
CID	J44.0, J44.1, J44.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de radiografia de tórax • Descrição clínica detalhada dos sintomas respiratórios crônicos e fatores de risco para a doença apresentados pelo paciente. • Espirometria (com teste com broncodilatador) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Acromegalia (Portaria SAS/MS 199/2013)
CID	E22.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de IGF-1 • Dosagem de GH após sobrecarga de glicose OU de GH basal (sem sobrecarga de glicose) para pacientes diabéticos • Laudo de Ressonância Magnética da sela túrcica OU Laudo de Tomografia Computadorizada da sela túrcica • Descrição clínica realizada dos sinais e sintomas apresentados e dos tratamentos já realizados (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo

	médico e pelo paciente ou responsável
--	---------------------------------------

Protocolo	Hiperprolactinemia (Portaria SAS/MS 208/2010)
CID	E22.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Prolactina sérica • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TSH • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Ureia sérica • Macroprolactina • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30G)

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal • Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados • Cálcio sérico • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografia da área acometida

CALCITONINA 50 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)

CALCITONINA 100 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)

CALCITONINA 200 UI SPRAY NASAL (POR FRASCO)

Protocolo	Doença de Paget – Osteíte Deformante (Portaria SAS/MS 456/2012)
CID	M88.0 M88.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo radiológico das áreas acometidas • Paratormônio sérico (PTH) • Cálcio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados à doença • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Osteoporose (Portaria SAS/MS 224/2014)
CID	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
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame densitométrico OU Laudo de exame radiológico com evidência de fratura em fêmur, quadril ou vértebra • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo

	médico e pelo paciente ou responsável
--	---------------------------------------

CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Hipoparatiroidismo (Portaria SAS/MS 14/2010)
CID	E20.0, E20.1, E20.8, E89.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • (Cálcio iônico) OU (cálcio total + albumina sérica) • Paratormônio sérico (PTH) • Magnésio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Osteodistrofia renal (Portaria SAS/MS 69/2010)
CID	N25.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Paratormônio sérico (PTH) • Fósforo sérico • Cálcio sérico • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica informando se o paciente realiza terapia renal substitutiva • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Osteoporose (Portaria SAS/MS 224/2014)
CID	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
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame densitométrico OU Laudo de exame radiológico com evidência de fratura em fêmur, quadril ou vértebra • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Raquitismo e Osteomalácia (Portaria SAS/MS 209/2010)
CID	E55.0, E55.9, E64.3, E83.3, M83.0, M83.1, M83.2, M83.3, M83.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Fosfatase alcalina • Fósforo sérico • Cálcio sérico • Paratormônio sérico (PTH) • 25-hidroxivitamina D • Fósforo urinário • Calciúria • Cópia de laudo de exame radiológico das áreas atingidas • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)

Protocolo	Osteodistrofia renal (Portaria SAS/MS 69/2010)
-----------	--

CID	N25.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Paratormônio sérico (PTH) • Fósforo sérico • Cálcio sérico • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica informando se o paciente realiza terapia renal substitutiva • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRÁGUA)

Protocolo	Anemia Hemolítica Autoimune (Portaria SAS/MS 1308/2013)
-----------	---

CID	D59.0, D59.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Teste de Coombs direto • Contagem de reticulócitos OU desidrogenase láctica OU haptoglobina • anti-IgG ou anti-IgA ou (anti-C3 + pesquisa de crioaglutininas) ou (anti-IgG + teste de Donath-Landsteiner) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha (Portaria SAS/MS 227/2010)
CID	D60.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas e reticulócitos • Biópsia de medula óssea • Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas medicamentos atualmente utilizados outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha e tratamentos prévios utilizados informando há quando tempo os mesmos foram suspensos • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • 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 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HIV • HBsAg • Anti-HCV • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Púrpura Trombocitopênica Idiopática (Portaria SAS/MS 1316/2013)
CID	D69.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil)

	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HIV • Anti-HCV • Descrição de tratamentos prévios realizados (medicamentos e/ou esplenectomia) e se paciente apresenta outras doenças concomitantes. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

Protocolo	Síndrome Nefrótica Primária em Adultos (Portaria SAS/MS 1320/2013)
CID	N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Biópsia renal • Creatinina sérica • Albumina sérica • Proteinúria de 24 horas OU índice proteína/creatinina em amostra de urina aleatória • Colesterol total • Colesterol LDL • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Hemograma com plaquetas • Exame Comum de Urina (EQU) • Tempo de protrombina • Tempo de tromboplastina parcial • Anti-HIV • HbsAg • Anti-HCV • VDRL • Fator antinuclear (FAN) • Anti-DNAs • Complemento (C3 e C4) • Crioglobulinas • Anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCAc e ANCAp) • Laudo de ultrassonografia renal • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes (Portaria SAS/MS 459/2012)
CID	N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinúria de 24 horas OU Proteinúria de amostra isolada • Albumina sérica • Colesterol total OU Triglicerídeos • HbsAg • Anti-HCV • Anti-HIV • Fator anti-nuclear (FAN) • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável

CICLOSPORINA 10 MG (POR CÁPSULA)
 CICLOSPORINA 25 MG (POR CÁPSULA)
 CICLOSPORINA 50 MG (POR CÁPSULA)
 CICLOSPORINA 100 MG (POR CÁPSULA)
 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)

Protocolo	Anemia Aplástica Adquirida (Portaria SAS/MS 1300/2013)
CID	D61.1, D61.2, D61.3, D61.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas e reticulócitos • Biópsia de medula óssea • anti-HIV • HBs-Ag • anti-HBc • ácido fólico sérico • vitamina B12 sérica • Descrição das estratégias já utilizadas para manejo do paciente (p. ex.: transfusões sanguíneas ou uso de antibióticos para tratamento de infecções), descrição dos medicamentos utilizados pelo paciente nos últimos 30 dias, e se paciente possui outras doenças concomitantes • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Anemia Hemolítica Autoimune (Portaria SAS/MS 1308/2013)
CID	D59.0, D59.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Teste de Coombs direto • Contagem de reticulócitos OU desidrogenase láctica OU haptoglobina • anti-IgG ou anti-IgA ou (anti-C3 + pesquisa de crioaglutininas) ou (anti-IgG + teste de Donath-Landsteiner) • Aferição da pressão arterial sistêmica • Creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha (Portaria SAS/MS 227/2010)
CID	D60.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas e reticulócitos • Biópsia de medula óssea • Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas medicamentos atualmente utilizados outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha e tratamentos prévios utilizados informando há quando tempo os mesmos foram suspensos • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice

- MASES (em caso de entesite)
- Escala Visual Analógica de dor
- Laudo de radiografia simples **OU** de Ressonância Magnética
- hemograma com plaquetas
- creatinina
- TGO/AST
- TGP/ALT
- velocidade de hemossedimentação
- proteína C reativa
- Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil)
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.1 M05.2, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT • creatinina sérica <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico

	e pelo paciente ou responsável
--	--------------------------------

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1, M33.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • anti-HIV • teste de Mantoux • creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Creatinina sérica • Anti-HIV • HBsAg • Anti-HCV • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax

	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Miastenia Gravis (Portaria SAS/MS 229/2010)
CID	G70.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anticorpo anti-receptor de acetilcolina OU laudo de eletroneuromiografia • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados. • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Velocidade hemossedimentação (VSG) • T3 e T4 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal • Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Creatinina sérica (duas dosagens em dias diferentes) • Ureia sérica (duas dosagens em dias diferentes) • Descrição de duas medidas de pressão arterial em dias diferentes • TGO/AST • TGP/ALT • Hemograma completo • Velocidade de hemossedimentação • Exame Qualitativo de Urina (EQU) • Colesterol total • Colesterol LDL • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Magnésio sérico • Cálcio sérico • Potássio sérico • Ácido úrico sérico • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografia da área acometida

Protocolo	Retocolite Ulcerativa (Portaria SAS/MS 861/2002)
-----------	--

CID	K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Creatinina sérica • Ácido úrico • Potássio sérico • Magnésio sérico • Colesterol total • Colesterol LDL • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença • Laudo de exame endoscópico ou histológico com achados relacionados ao diagnóstico de retocolite • Termo de Consentimento Informado preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Síndrome Nefrótica Primária em Adultos (Portaria SAS/MS 1320/2013)
CID	N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Biópsia renal • Creatinina sérica • Albumina sérica • Proteinúria de 24 horas OU índice proteína/creatinina em amostra de urina aleatória • Colesterol total • Colesterol LDL • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Hemograma com plaquetas • Exame Comum de Urina (EQU) • Tempo de protrombina • Tempo de tromboplastina parcial • Anti-HIV • HbsAg • Anti-HCV • VDRL • Fator antinuclear (FAN) • Anti-DNAs • Complemento (C3 e C4) • Crioglobulinas • Anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCAc e ANCAp) • Laudo de ultrassonografia renal • Taxa de filtração glomerular • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes (Portaria SAS/MS 459/2012)
CID	N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinúria de 24 horas OU Proteinúria de amostra isolada • Albumina sérica • Colesterol total OU Triglicerídeos

	<ul style="list-style-type: none"> • HbsAg • Anti-HCV • Anti-HIV • Fator anti-nuclear (FAN) • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável
--	--

Protocolo	Uveítes Posteriores Não Infecciosas (Portaria SAS/MS 498/2010)
CID	H30.0, H30.1, H30.2, H30.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CIPROFIBRATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Síndrome de Ovários Policísticos e Hirsutismo (Portaria SAS/MS 1321/2013)
CID	E28.0, E28.2, L68.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Testosterona • 17-hidroxiprogesterona • Prolactina sérica • Glicemia de jejum • TSH • Descrição clínica detalhada da regularidade dos ciclos menstruais e ovulatórios e/ou sinais clínicos de hiperandrogenismo • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Laudo de ultrassonografia pélvica (para casos de hirsutismo idiopático) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>CASOS ESPECIAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia após sobrecarga de glicose (mulheres obesas ou com história familiar de diabetes mellitus) • Sulfato de deidroepiandrosterona (DHEA-S) (em caso de suspeita de tumor adrenal)

	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total, HDL, triglicerídeos (em caso de suspeita de síndrome metabólica)
--	--

CLOBAZAM 10 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOBAZAM 20 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável • • Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha): • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)</p> <p>* Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>

CLOBETASOL 0,5 MG/G CREME (POR BISNAGA DE 30G)

CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR (POR FRASCO DE 50G)

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal • Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografia da área acometida

CLOROQUINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • laudo de avaliação oftalmológica (liberação para uso de antimalárico) <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] ou [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas).

- Fator reumatoide (somente se positivo)
- Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações).
- Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento
- Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [*Disease Activity Score*], escore SDAI [*Simplified Disease Activity Score*] **OU** escore CDAI [*Clinical Disease Activity Score*])
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

IB]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR

- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas)
- Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações).
- fator reumatoide **OU** anti-CCP
- proteína C reativa
- velocidade de hemossedimentação
- Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento
- Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [*Disease Activity Score*], escore SDAI [*Simplified Disease Activity Score*] **OU** escore CDAI [*Clinical Disease Activity Score*])
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame oftalmológico • Hemograma com plaquetas • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esquizofrenia (Portaria SAS/MS 364/2013)
CID	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Parecer de neurologista favorável à entrada do paciente no protocolo (apenas para pacientes com convulsões ou retardo mental) • Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados, escore da escala BPRS-A, idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, medicamentos já utilizados e tempo de uso, registro da história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio em conformidade com a Portaria SAS/MS 364 de 2013. • Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou

	<p>responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS 1203/2014)
CID	F25.0, F25.1, F25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão. • Escore na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A) • Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril • Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes • Hemograma com plaquetas • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

CODEÍNA 30 MG (POR COMPRIMIDO)
 CODEÍNA 60 MG (POR COMPRIMIDO)
 CODEÍNA 3 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)
 CODEÍNA 30 MG/ML (POR AMPOLA DE 2 ML)

Protocolo	Dor Crônica (Portaria SAS/MS 1083/2012)
CID	R52.1, R52.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da <i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i> (LANSS) e a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o grau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)
 COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)

Protocolo	Fenilcetonúria (Portaria SAS/MS 1307/2013)
CID	E70.0, E70.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de fenilalanina (se acima de 10 mg/dL apresentar 1 exame se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames consecutivos semanais) • Dosagem de tirosina • Dosagem de biopterina OU neopterinina no sangue, na urina ou no líquido.

DANAZOL 50 MG (POR CÁPSULA)
 DANAZOL 100 MG (POR CÁPSULA)
 DANAZOL 200 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Angioedema (Portaria SAS/MS 109/2010)
-----------	---------------------------------------

CID	D84.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Para angioedema hereditário (AEH) tipos 1 e 2: inibidor da C1 esterase (C1-INH), complemento hemolítico total (CH50) e fração C4 do complemento.</p>

Protocolo	Endometriose (Portaria SAS/MS 144/2010)
CID	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do laudo de laparoscopia/ laparotomia seguindo a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) OU Cópia de laudo anatomopatológico de biópsia peritoneal • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando tratamentos prévios e duração de cada intervenção • TGO/AST • TGP/ALT • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Púrpura Trombocitopênica Idiopática (Portaria SAS/MS 1316/2013)
CID	D69.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HIV • Anti-HCV • Descrição de tratamentos prévios realizados (medicamentos e/ou esplenectomia) e se paciente apresenta outras doenças concomitantes. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Sobrecarga de Ferro (Portaria SAS/MS 1324/2013)
CID	T45.4, E83.1
Documentos e exames	<p>SOMENTE PARA PACIENTES COM IDADE ≥ 2 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ferritina sérica OU Laudo de biópsia hepática OU Laudo de ressonância magnética. • Depuração da creatinina endógena • Proteinúria • TGO/AST • TGP/ALT • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HCV • HBS-Ag • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Sobrecarga de Ferro (Portaria SAS/MS 1324/2013)
CID	T45.4, E83.1
Documentos e exames	<p>SOMENTE PARA PACIENTES COM IDADE ≥ 6 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ferritina sérica OU Laudo de biópsia hepática OU Laudo de ressonância magnética. • Hemograma completo • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

DESFERROXAMINA 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Osteodistrofia renal (Portaria SAS/MS 69/2010)
CID	N25.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Alumínio sérico • Laudo de avaliação oftalmológica • Laudo de avaliação otorrinolaringológica • Descrição clínica informando se o paciente realiza terapia renal substitutiva • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Sobrecarga de Ferro (Portaria SAS/MS 1324/2013)
CID	T45.4, E83.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Ferritina sérica OU Laudo de biópsia hepática OU Laudo de ressonância magnética. • Depuração da creatinina endógena • Acuidade visual • Acuidade auditiva • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICAÇÃO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)

Protocolo	Diabetes Insípido (Portaria SAS/MS 1299/2013)
-----------	---

CID	E23.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Volume urinário de 24 horas • Osmolalidade plasmática OU Sódio plasmático • Osmolaridade urinária (em resposta à administração de desmopressina) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* na absoluta impossibilidade de realização dos exames solicitados, anexar relatório médico detalhado com justificativa</p>

DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)
 DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Alzheimer (Portaria SAS/MS 1298/2013)
CID	G30.0, G30.1, G30.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos de Doença de Alzheimer de acordo com os critérios do <i>National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association</i> (NINCDS-ADRDA) • Descrição do escore no Mini-exame do estado mental (MEEM) • Descrição da escala clínica de avaliação de demência (CDR) • Laudo de Tomografia Computadorizada OU Laudo de Ressonância Magnética do encéfalo • Hemograma com plaquetas • Sódio sérico • Potássio sérico • Glicose • Ureia OU creatinina • TSH • VDRL • Nível sérico de Vitamina B12 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável (disponível na Portaria SAS/MS 1298/2013)

DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de

	<p>diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina • HBsAg • HbeAg • Anti-HBe • Anti-HIV • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+ <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR quantitativo para VHC

ETANERCEPTE 25 MG (POR FRASCO-AMPOLA)

ETANERCEPTE 50 MG (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • teste de Mantoux • Radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0

Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
---------------------	--

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 <u>OU</u> laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux

	<ul style="list-style-type: none"> • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

ETOFIBRATO 500 MG (POR CAPSULA)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML (FRASCO DE 120 ML)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável • Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha): • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)</p> <p>* Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>
--	---

EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)

EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)

EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FENOFIBRATO 200 MG (POR CAPSULA)

FENOFIBRATO 250 MG (POR CAPSULA DE LIBERACAO RETARDADA)

Protocolo	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS nº 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FENOTEROL 100 MCG AEROSSOL (POR FRASCO DE 200 DOSES)

Protocolo	Asma (Portaria SAS/MS 1317/2013)
CID	J45.0, J45.1, J45.8
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos e exames 	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria (a partir 5 anos de idade) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma apresentados pelo paciente informar se paciente é tabagista. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* se espirometria normal, deve ser anexado teste de hiperresponsividade brônquica.</p>

Protocolo	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS 609/2013)
CID	J44.0, J44.1, J44.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Potássio sérico • Descrição clínica detalhada dos sintomas respiratórios crônicos e fatores de risco

	para a doença apresentados pelo paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Espirometria (com teste com broncodilatador) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

FILGRASTIM 300 MCG INJETÁVEL (POR FRASCO)

Protocolo	Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais – Uso de Fatores Estimulantes de Crescimento de Colônias de Neutrófilos (Portaria SAS/MS 212/2010)
CID	D46.0, D46.1, D46.7, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B17.1, B18.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Descrição clínica informando o início do tratamento da hepatite viral C e detalhando os sinais e/ou sintomas em relação a anemia e/ou neutropenia, informando se o paciente fez redução da dose do(s) medicamento(s) utilizados para o tratamento do HCV

FINGOLIMODE 0,5MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability Status Scale - EDSS</i>) • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL • Dosagem sérica vitamina B12 • TGO/AST • TGP/ALT • Bilirrubinas • Hemograma • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hiperplasia Adrenal Congênita (Portaria SAS/MS 16/2010)
CID	E25.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • 17-hidroxiprogesterona em amostra de sangue periférico (basal OU após estímulo com 250 mcg de ACTH) • Sódio e potássio séricos OU aldosterona sérica e renina plasmática • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Insuficiência Adrenal Primária – Doença de Addison (Portaria SAS/MS 15/2010)
CID	E27.1, E27.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • (Cortisol sérico + ACTH) OU cortisol sérico após teste de estímulo com 250mcg de ACTH OU (renina plasmática + aldosterona sérica) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FLUVASTATINA 20 MG (POR CAPSULA)

FLUVASTATINA 40 MG (POR CAPSULA)

Protocolo	Dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham iii) evidência clínica de doença aterosclerótica iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FORMOTEROL 12 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)

FORMOTEROL 12 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)

Protocolo	Asma (Portaria SAS/MS 1317/2013)
CID	J45.0, J45.1, J45.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria (a partir 5 anos de idade) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma apresentados pelo paciente informar se paciente é tabagista. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo medico e pelo paciente ou responsável <p>* se espirometria normal, deve ser anexado teste de hiperresponsividade brônquica.</p>

Protocolo	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS 609/2013)
CID	J44.0, J44.1, J44.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Potássio sérico • Descrição clínica detalhada dos sintomas respiratórios crônicos e fatores de risco para a doença apresentados pelo paciente. • Espirometria (com teste com broncodilatador) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)

FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)
 FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)
 FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)

Protocolo	Asma (Portaria SAS/MS 1317/2013)
CID	J45.0, J45.1, J45.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Espirometria (a partir 5 anos de idade) Descrição detalhada dos sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma apresentados pelo paciente informar se paciente é tabagista. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* se espirometria normal, deve ser anexado teste de hiperresponsividade brônquica.</p>

Protocolo	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS 609/2013)
CID	J44.0, J44.1, J44.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Potássio sérico Laudo de radiografia de tórax Descrição clínica detalhada dos sintomas respiratórios crônicos e fatores de risco para a doença apresentados pelo paciente. Espirometria (com teste com broncodilatador) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

GABAPENTINA 300 MG (POR CÁPSULA)
 GABAPENTINA 400 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Dor Crônica (Portaria SAS/MS 1083/2012)
CID	R52.1, R52.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da <i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i> (LANSS) e a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o degrau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) Eletroencefalografia em vigília e em sono Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha): Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

- * Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)
- * Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).

GALANTAMINA 8 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)
 GALANTAMINA 16 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)
 GALANTAMINA 24 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)

Protocolo	Doença de Alzheimer (Portaria SAS/MS 1298/2013)
CID	G30.0, G30.1, G30.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos de Doença de Alzheimer de acordo com os critérios do <i>National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association</i> (NINCDS-ADRDA) • Descrição do escore no Mini-exame do estado mental (MEEM) • Descrição da escala clínica de avaliação de demência (CDR) • Laudo de Tomografia Computadorizada OU Laudo de Ressonância Magnética do encéfalo • Hemograma com plaquetas • Sódio sérico • Potássio sérico • Glicose • Creatinina • TSH • VDRL • Nível sérico de Vitamina B12 • TGO / AST • TGP / ALT • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável (disponível na Portaria SAS/MS 1298/2013)

GENFIBROZILA 600 MG (COMPRIMIDO)
 GENFIBROZILA 900 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando os tratamentos prévios realizados (farmacológico e dietético com o tempo de tratamento) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

GLATIRAMER 20 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos

exames	<p>surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability Status Scale</i> - EDSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL • Dosagem sérica vitamina B12 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--------	---

GOLIMUMABE 50 MG (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

GOSSERRELINA 3,6 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

GOSSERRELINA 10,8 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Endometriose (Portaria SAS/MS 144/2010)
-----------	---

CID	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do laudo de laparoscopia/ laparotomia seguindo a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) OU Cópia de laudo anatomopatológico de biópsia peritoneal • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando tratamentos prévios e duração de cada intervenção • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Leiomioma de útero (Portaria SAS/MS 1325/2013)
CID	D25.0, D25.1, D25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame de imagem (ultrassonografia transabdominal ou transvaginal OU Histerosalpingografia OU Histeroscopia OU Histerossonografia OU Tomografia Computadorizada OU Ressonância Magnética) OU Laparoscopia • Laudo de densitometria óssea recente (realizada há no máximo 1 ano) • Descrição das manifestações clínicas e do motivo da contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Puberdade Precoce Central (Portaria SAS/MS 111/2010)
CID	E22.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Exame de determinação do hormônio luteinizante (LH) (teste de estímulo em nível puberal) • Avaliação da idade óssea segundo o método de Greulich- Peyle OU radiografia de mãos e punhos • Ultrassonografia pélvica com tamanho uterino (para meninas) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável

HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • laudo de avaliação oftalmológica (liberação para uso de antimalárico) <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] ou [B]).</p> <p>[A]. Critérios diagnósticos ACR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease</i>

	<p><i>Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>])</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>BI. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • Laudo de avaliação de oftalmologista (liberação para uso de antimalárico) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame oftalmológico • Hemograma com plaquetas • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

HIDROXIUREIA 500 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Doença Falciforme (Portaria SAS/MS 55/2010)
CID	D56.1, D56.8, D57.0, D57.1, D57.2
Documentos e exame	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas e reticulócitos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)

Protocolo	Hipertensão Arterial Pulmonar (Portaria SAS/MS 35/2014)
CID	I27.0, I27.2, I27.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cateterismo cardíaco direito • Ecocardiografia transtorácica • Eletrocardiografia • Radiografia de tórax • Espirometria com prova broncodilatadora • Cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar • Ultrassonografia abdominal • Teste agudo de reatividade vascular (apenas para CID I27.0) • Resultado do teste de caminhada de 6 minutos • TGO/AST • TGP/ALT • Hemograma • Gasometria arterial • Exame parasitológico de fezes • Pesquisa de anticorpo antinuclear • Anticorpos anti-DNA • Fator reumatoide • anti-HIV • HbsAg • Anti-HBC (IgG) • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição da classificação funcional da Hipertensão Arterial Pulmonar segundo NYHA/OMS • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

IMIGLUCERASE 200 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

IMIGLUCERASE 400 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Doença de Gaucher (Portaria SAS/MS 1266/2014)
CID	E75.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada das manifestações clínicas associadas à doença. • Aferição do tamanho do fígado e do baço com fita métrica. • Medida da atividade da beta-glicocerebrosidase por ensaio fluorométrico em leucócitos ou fibroblastos OU análise do gene <i>GBA1</i>. • Exame físico (peso, altura, pressão arterial). • Hemograma com plaquetas • Ferritina • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Tempo de protrombina • Ultrassonografia OU ressonância magnética de abdômen. • Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos. • Eletroforese de proteínas • Densitometria óssea (pacientes acima de 19 anos) • Radiografia para determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado) • Vitamina B12 (para pacientes com qualquer tipo de anemia ou manifestações clínicas sugestivas de deficiência de vitamina B12)

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETÁVEL (POR FRASCO)

Protocolo	Profilaxia de Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B pós-transplante hepático (Portaria SAS/MS 469/2002)
CID	B16.0, B16.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HBc IgM • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Profilaxia de Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B pós-transplante hepático (Portaria SAS/MS 469/2002)
CID	B18.0, B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • HBsAg • HBeAg • HBV-DNA (somente se HbeAg negativo) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO)

Protocolo	Anemia Hemolítica Autoimune (Portaria SAS/MS 1308/2013)
CID	D59.0, D59.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Teste de Coombs direto • Contagem de reticulócitos OU desidrogenase láctica OU haptoglobina • anti-IgG ou anti-IgA ou (anti-C3 + pesquisa de crioaglutininas) ou (anti-IgG + teste de Donath-Landsteiner) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha (Portaria SAS/MS 227/2010)
CID	D60.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas e reticulócitos • Biópsia de medula óssea • Cópia de exame de anticorpo anti-B19 IgM no soro OU detecção do DNA viral no soro por técnica de biologia molecular • Descrição clínica realizada em serviço especializado em hematologia informando: sinais e sintomas medicamentos atualmente utilizados outras doenças concomitantes a aplasia pura adquirida crônica da série vermelha e tratamentos prévios utilizados informando há quando tempo os mesmos foram suspensos

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1, M33.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Dosagem de IgA • Determinação de prolina sérica e no fluido cérebro-espinhal • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos (Portaria SAS/MS 495/2007)
CID	D80.0, D80.1, D80.3, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D83.0, D83.2, D83.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina A – IgA • Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina M – IgM • Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G – IgG • Hemograma completo • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Albumina sérica • Ureia sérica • Tempo de protrombina • Avaliação da síntese ativa de anticorpos: dosagem das isohemaglutininas anti-A e anti-B <u>OU</u> dosagem dos anticorpos pós-vacinais (anti-tétano, anti-difteria), anti-rubéola, anti-hepatite B, anti-sarampo <u>OU</u> dosagem de anticorpos anti-polissacarídes do pneumococo (pré e pós-vacinais) • Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos. • Termo de Consentimento Informado para uso de Imunoglobulina Humana preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Myasthenia Gravis (Portaria SAS/MS 229/2010)
CID	G70.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anticorpo anti-receptor de acetilcolina OU laudo de eletroneuromiografia • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados. • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Velocidade hemossedimentação (VSG) • T3 e T4 • IgA • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Púrpura Trombocitopênica Idiopática (Portaria SAS/MS 1316/2013)
CID	D69.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Anti-HIV • Anti-HCV • Descrição de tratamentos prévios realizados (medicamentos e/ou esplenectomia) e se paciente apresenta outras doenças concomitantes. • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Síndrome de Guillain-Barré (Portaria SAS/MS 497/2009)
CID	G61.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado por médico especialista em Neurologia • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Imunoglobulina Humana preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 10 ML)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • teste de Mantoux • Radiografia de tórax

	<ul style="list-style-type: none"> • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico <u>OU</u> anatomopatológico

exames	<ul style="list-style-type: none"> • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Reação de Mantoux • Radiografia de tórax • TGO/AST • TGP/ALT • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--------	--

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 <u>OU</u> laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • anti-HIV • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

ISOTRETINOÍNA 10 MG (POR CÁPSULA)
ISOTRETINOÍNA 20 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Acne Grave (Portaria SAS/MS 143/2010)
CID	L70.0, L70.1, L70.8

Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • TGO/AST • TGP/ALT • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
---------------------	--

LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)
LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (FRASCO 240 ML)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.0, B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina • HBsAg • HbeAg • Anti-HBe • Anti-HIV • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus delta (D) (CID B18.0)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-HDV total • Anti-HDV IgM OU PCR-HDV OU HDV-Ag <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+ <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR quantitativo para VHC

Protocolo	Profilaxia de Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B pós-transplante hepático (Portaria SAS/MS 469/2002)
CID	B16.0, B16.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HB-c IgM • Anti-HIV • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Profilaxia de Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B pós-transplante hepático (Portaria SAS/MS 469/2002)
CID	B18.0, B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • HBsAg • HBeAg

	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HIV • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios • Termo de Consentimento preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

LAMOTRIGINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
LAMOTRIGINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <ul style="list-style-type: none"> • Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha): • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária) * Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>

LANREOTIDA 60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
LANREOTIDA 90 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
LANREOTIDA 120 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Acromegalia (Portaria SAS/MS 199/2013)
CID	E22.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de IGF-1 • Dosagem de GH após sobrecarga de glicose OU de GH basal (sem sobrecarga de glicose) para pacientes diabéticos • Laudo de Ressonância Magnética da sela túrcica OU Laudo de Tomografia Computadorizada da sela túrcica • Descrição clínica realizada dos sinais e sintomas apresentados e dos tratamentos já realizados (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • HBsAg • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • Depuração da creatinina endógena <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações

	<p>acometidas e duração dos sintomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
LEUPRORRELINA 11,25 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

Protocolo	Endometriose (Portaria SAS/MS 144/2010)
CID	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do laudo de laparoscopia/ laparotomia seguindo a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) OU Cópia de laudo anatomopatológico de biópsia peritoneal • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando tratamentos prévios e duração de cada intervenção • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Leiomioma de útero (Portaria SAS/MS 1325/2013)
CID	D25.0, D25.1, D25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame de imagem (ultrassonografia transabdominal ou transvaginal OU Histerosalpingografia OU Histeroscopia OU Histerossonografia OU Tomografia Computadorizada OU Ressonância Magnética) OU Laparoscopia • Laudo de densitometria óssea recente (realizada há no máximo 1 ano) • Descrição das manifestações clínicas e do motivo da contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Puberdade Precoce Central (Portaria SAS/MS 111/2010)
CID	E22.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Exame de determinação do hormônio luteinizante (LH) (teste de estímulo em nível puberal) • Avaliação da idade óssea segundo o método de Greulich- Peyle OU radiografia de mãos e punhos • Ultrassonografia pélvica com tamanho uterino (para meninas) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável

LOVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
 LOVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)
 LOVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham iii) evidência clínica de doença aterosclerótica iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)
 MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
 MESALAZINA 800 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico OU anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Hemograma • Exame qualitativo de urina (EQU) • Creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Retocolite Ulcerativa (Portaria SAS/MS 861/2002)
CID	K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Ureia sérica • Creatinina sérica • Exame qualitativo de urina (EQU) • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença • Laudo de exame endoscópico ou histológico com achados relacionados ao diagnóstico de retocolite • Termo de Consentimento Informado preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITÓRIO)
 MESALAZINA 500 MG (POR SUPOSITÓRIO)
 MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITÓRIO)
 MESALAZINA 1 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) – POR DOSE
 MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE

Protocolo	Retocolite Ulcerativa (Portaria SAS/MS 861/2002)
CID	K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Ureia sérica • Creatinina sérica • Exame qualitativo de urina (EQU) • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença • Laudo de exame endoscópico ou histológico com achados relacionados ao diagnóstico de retocolite • Termo de Consentimento Informado preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

METADONA 5MG (POR COMPRIMIDO)
 METADONA 10MG (POR COMPRIMIDO)
 METADONA 10MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 1 ML)

Protocolo	Dor Crônica (Portaria SAS/MS 1083/2012)
CID	R52.1, R52.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da <i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i> (LANSS) e a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o degrau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

METILPREDNISOLONA 500 MG INJETÁVEL (POR AMPOLA)

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico OU anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
-----------	---

CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • HBsAg • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • Depuração da creatinina endógena <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] ou [B]).</p> <p>[A]. Critérios diagnósticos ACR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI

	<p>[<i>Clinical Disease Activity Score</i>])</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>IB]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], score SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> score CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1, M33.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • ureia • creatinina sérica • teste de Mantoux • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • hemograma completo com plaquetas • creatinina sérica • ureia sérica • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) <u>OU</u> com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 <u>OU</u> laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • Ureia sérica • Fosfatase alcalina • TGO/AST • TGP/ALT • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico

e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none">• Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal• Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados• Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil)• TGO/AST• TGP/ALT• Fosfatase alcalina• Anti-HIV• Hbs-Ag• anti-HCV• Hemograma completo• Velocidade de hemossedimentação• Creatinina sérica• Ureia sérica• Glicose em jejum• Gama-GT• Albumina sérica• Exame Qualitativo de Urina (EQU)• Teste de Mantoux• Radiografia de tórax• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none">• Fotografia da área acometida

METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none">• Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica)• Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite)• Escala Visual Analógica de dor• Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética• hemograma com plaquetas• creatinina• TGO/AST• TGP/ALT• velocidade de hemossedimentação• proteína C reativa• Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil)• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
-----------	---

CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • HBsAg • Anti-HCV • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • Depuração da creatinina endógena <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Dermatomiosite e Polimiosite (Portaria SAS/ MS 206/2010)
CID	M33.0, M33.1, M33.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de enzimas musculares séricas (creatinofosfoquinase (CPK) OU lactato desidrogenase (LDH) OU transaminase glutâmico oxalacética (TGO/AST) OU transaminase glutâmico pirúvica (TGP/ALT)) • Biópsia muscular OU eletromiografia • Descrição de sinais e sintomas apresentados pelo paciente e tratamento prévios realizados. • hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST

	<ul style="list-style-type: none"> • TGP/ALT • ureia • creatinina sérica • teste de Mantoux • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico OU anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • hemograma completo com plaquetas • creatinina sérica • Ureia sérica • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) OU com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 OU laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

	<p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Lúpus Eritematoso Sistêmico (Portaria SAS/MS 100/2013)
CID	L93.0, L93.1, M32.1, M32.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • Ureia sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Fosfatase alcalina • Descrição clínica dos sinais e sintomas conforme classificação pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), forma de manifestação da doença e tratamentos prévios • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Psoríase (Portaria SAS/MS 1229/2013)
CID	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Escore PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>) OU Escore DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) OU Descrição do percentual de acometimento da superfície corporal • Descrição detalhada da área acometida e tratamentos prévios realizados • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • TGO/AST • TGP/ALT • Fosfatase alcalina • Anti-HIV • Hbs-Ag • anti-HCV • Hemograma completo • Velocidade de hemossedimentação • Creatinina sérica • Ureia sérica

	<ul style="list-style-type: none"> • Glicose em jejum • Gama-GT • Albumina sérica • Exame Qualitativo de Urina (EQU) • Teste de Mantoux • Radiografia de tórax • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Documentos adicionais (para todos os usuários):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografia da área acometida
--	--

MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)

MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido

e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

MIGLUSTATE 100 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Doença de Gaucher (Portaria SAS/MS 1266/2014)
CID	E75.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada das manifestações clínicas associadas à doença. • Aferição do tamanho do fígado e do baço com fita métrica. • Medida da atividade da beta-glicocerebrosidase por ensaio fluorométrico em leucócitos ou fibroblastos OU análise do gene <i>GBA1</i>. • Relatório contendo o exame neurológico e físico (peso, altura, pressão arterial) • Hemograma com plaquetas • Ferritina • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Tempo de protrombina • Ultrassonografia OU ressonância magnética de abdômen. • Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos. • Eletroforese de proteínas • Densitometria óssea (pacientes acima de 19 anos) • Radiografia para determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado) • Vitamina B12 (para pacientes com qualquer tipo de anemia ou manifestações clínicas sugestivas de deficiência de vitamina B12) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
RESTRIÇÃO	IDADE: SUPERIOR A 18 ANOS

MOLGRAMOSTIM 300 MCG INJETÁVEL (POR FRASCO)

Protocolo	Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais – Uso de Fatores Estimulantes de Crescimento de Colônias de Neutrófilos (Portaria SAS/MS 212/2010)
CID	D46.0, D46.1, D46.7, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

MORFINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

MORFINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)

MORFINA 10 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 60 ML)

MORFINA 10 MG/ML (POR AMPOLA DE 1 ML)

MORFINA DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 30 MG (POR CÁPSULA)

MORFINA DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 60 MG (POR CÁPSULA)

MORFINA DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 100 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Dor Crônica (Portaria SAS/MS 1083/2012)
CID	R52.1, R52.2
Documentos e	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e

exames	<p>o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da <i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i> (LANSS) e a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o grau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--------	--

NAPROXENO 250 MG (POR COMPRIMIDO)

NAPROXENO 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • depuração da creatinina endógena <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas)

	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 OU laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Depuração da creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroilíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Depuração da creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

NATALIZUMABE 300 MG (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Esclerose Múltipla (Portaria SAS/MS 391/2015)
CID	G35
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, taxa e gravidade dos surtos e Escala Expandida do Estado de Incapacidade (<i>Expanded Disability Status Scale - EDSS</i>) • Ressonância Magnética de encéfalo • Anti-HIV • VDRL

	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem sérica vitamina B12 • Radiografia de tórax • Hemograma • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

OCTREOTIDA LAR 10 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
OCTREOTIDA 0,1 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA)

Protocolo	Acromegalia (Portaria SAS/MS 199/2013)
CID	E22.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de IGF-1 • Dosagem de GH após sobrecarga de glicose OU de GH basal (sem sobrecarga de glicose) para pacientes diabéticos • Laudo de Ressonância Magnética da sela túrcica OU Laudo de Tomografia Computadorizada da sela túrcica • Descrição clínica realizada dos sinais e sintomas apresentados e dos tratamentos já realizados (cirúrgico, radioterápico ou farmacológico) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esquizofrenia (Portaria SAS/MS 364/2013)
CID	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicérides • Glicemia de jejum • Parecer de neurologista favorável à entrada do paciente no protocolo (apenas para pacientes com convulsões ou retardo mental) • Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados, escore da escala BPRS-A, idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, medicamentos já utilizados e tempo de uso, registro da história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio em conformidade com a portaria SAS/MS 364 de 2013. • Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS 1203/2014)
CID	F25.0, F25.1, F25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão. • Escore na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A) • Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal

	e do quadril <ul style="list-style-type: none"> • Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

PAMIDRONATO 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

PAMIDRONATO 60 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Osteoporose (Portaria SAS/MS 224/2014)
CID	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
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame densitométrico OU Laudo de exame radiológico com evidência de fratura em fêmur, quadril ou vértebra • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Doença de Paget – Osteíte Deformante (Portaria SAS/MS 456/2012)
CID	M88.0 M88.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo radiológico das áreas acometidas • Paratormônio sérico (PTH) • Cálcio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados à doença • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PAMIDRONATO 90 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Doença de Paget – Osteíte Deformante (Portaria SAS/MS 456/2012)
CID	M88.0 M88.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo radiológico das áreas acometidas • Paratormônio sérico (PTH) • Cálcio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados à doença • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PANCREATINA 10.000 UI (POR CAPSULA)

PANCREATINA 25000 UI (POR CAPSULA)

PANCRELIPASE 4500 UI (POR CAPSULA)

PANCRELIPASE 12.000 UI (POR CAPSULA)

PANCRELIPASE 18.000 UI (POR CAPSULA)

PANCRELIPASE 20.000 UI (POR CAPSULA)

Protocolo	Fibrose cística – Insuficiência Pancreática / Manifestações Pulmonares (Portaria SAS/MS 224/2010)
CID	E84.1, E84.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

Protocolo	Insuficiência Pancreática Exócrina (Portaria SAS/MS 57/2010)
CID	K86.0, K86.1, K90.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa qualitativa da gordura fecal (coloração de Sudan III) OU dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas • Exame radiológico simples de abdômen OU Ultra-sonografia abdominal OU Tomografia computadorizada de abdômen OU Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) OU Colangiopancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética OU laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)

Protocolo	Doença de Wilson (Portaria SAS/MS 1318/2013)
CID	E83.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas da doença apresentados pelo paciente • Se aplicável, anexar cópia dos exames utilizados para comprovar diagnóstico (teste de Coombs, cobre urinário, cobre hepático quantitativo, rodanina, ceruloplasmina sérica, análise de mutações, ou ressonância magnética cerebral) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo com plaquetas • Exame qualitativo de urina (EQU) • 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 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PILOCARPINA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 10 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PIRIDOSTIGMINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Miastenia Gravis (Portaria SAS/MS 229/2010)
CID	G70.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Anticorpo anti-receptor de acetilcolina OU laudo de eletroneuromiografia • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados. • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • Velocidade hemossedimentação (VSG) • T3 e T4 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PRAVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (Portaria SAS/MS 200/2013)
CID	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • TSH • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham iii) evidência clínica de doença aterosclerótica iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS, 1999) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PRIMIDONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

PRIMIDONA 250 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises)

	<ul style="list-style-type: none"> • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)</p> <p>* Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>
--	---

QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
 QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)
 QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)
 QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esquizofrenia (Portaria SAS/MS 364/2013)
CID	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Parecer de neurologista favorável à entrada do paciente no protocolo (apenas para pacientes com convulsões ou retardo mental) • Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados, escore da escala BPRS-A, idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, medicamentos já utilizados e tempo de uso, registro da história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio em conformidade com a portaria SAS/MS 364 de 2013. • Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS 1203/2014)
CID	F25.0, F25.1, F25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão. • Escore na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A) • Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril • Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL

	<ul style="list-style-type: none"> • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Osteoporose (Portaria SAS/MS 224/2014)
CID	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
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame densitométrico OU Laudo de exame radiológico com evidência de fratura em fêmur, quadril ou vértebra • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

RIBAVIRINA 250 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011)
CID	B18.2
Documentos e exames	<p><u>PARA PACIENTES EM TERAPIA DUPLA (Alfapeginterferona+ribavirina)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detecção quantitativa de ácidos nucléicos do HCV (HCV-RNA quantitativo) • Genotipagem do HCV • Gama-GT • Fosfatase alcalina • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Tempo de protrombina • Bilirrubinas • Albumina sérica • Creatinina sérica • Ácido úrico sérico • Glicemia de jejum • TSH • Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • Hbs-Ag • anti-HAV total OU IgG • anti-HBc total OU IgG • Exame qualitativo de urina (EQU) • Exame parasitológico de fezes (EPF) • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) OU atestado médico justificando a não realização do mesmo • Biópsia hepática OU comprovação de cirrose através de elastografia OU endoscopia digestiva alta OU ecografia/tomografia abdominal OU justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde • Descrição clínica detalhada circunstanciada (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

PARA PACIENTES EM TERAPIA TRIPLA
[Alfapeginterferona + ribavirina + (boceprevir ou telaprevir)]
 (Portaria SVS/MS 221/2011 - Suplemento 2 – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada)

- Detecção quantitativa de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA quantitativo)
- Genotipagem do HCV
- Gama-GT
- Fosfatase alcalina
- Hemograma com plaquetas
- TGO/AST
- TGP/ALT
- Tempo de protrombina
- Bilirrubinas
- Albumina sérica
- Creatinina sérica
- Ácido úrico sérico
- Glicemia de jejum
- TSH
- Anti-HIV (HIV 1 e 2). Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺
- Hbs-Ag
- anti-HAV total **OU** IgG
- anti-HBc total **OU** IgG
- Exame qualitativo de urina (EQU)
- Exame parasitológico de fezes (EPF)
- Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) **OU** atestado médico justificando a não realização do mesmo
- Biópsia hepática **OU** comprovação de cirrose através de elastografia **OU** endoscopia digestiva alta **OU** ecografia/tomografia abdominal **OU** justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do MS
- Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). O relatório também deve conter as seguintes informações: uso prévio de inibidor de protease e critérios de individualização de tratamento para Boceprevir (justificativa da necessidade do paciente receber Boceprevir ao invés de Telaprevir). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante.
- Termo de Consentimento específico da Terapia Tripla preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esclerose Lateral Amiotrófica (Portaria SAS/MS 496/2009)
CID	G12.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Ureia sérica • Tempo de protrombina • Hemograma com plaquetas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença, descrito por médico especialista em Neurologia

	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

RISEDRONATO 5 MG (POR COMPRIMIDO)
RISEDRONATO 35 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Paget – Osteíte Deformante (Portaria SAS/MS 456/2012)
CID	M88.0 M88.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo radiológico das áreas acometidas • Paratormônio sérico (PTH) • Cálcio sérico • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas relacionados à doença • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Osteoporose (Portaria SAS/MS 224/2014)
CID	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
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame densitométrico OU Laudo de exame radiológico com evidência de fratura em fêmur, quadril ou vértebra • Cálcio sérico • Depuração da creatinina endógena • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)
RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO)
RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esquizofrenia (Portaria SAS/MS 364/2013)
CID	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Parecer de neurologista favorável à entrada do paciente no protocolo (apenas para pacientes com convulsões ou retardo mental) • Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados, score da escala BPRS-A, idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, medicamentos já utilizados e tempo de uso, registro da história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio em conformidade com a portaria SAS/MS 364 de 2013. • Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS 1203/2014)
CID	F25.0, F25.1, F25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão. • Escore na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A) • Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril • Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

RITUXIMABE 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 50ML)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28

[*Disease Activity Score*], escore SDAI [*Simplified Disease Activity Score*] **OU** escore CDAI [*Clinical Disease Activity Score*])

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CÁPSULA)
 RIVASTIGMINA 3,0 MG (POR CÁPSULA)
 RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CÁPSULA)
 RIVASTIGMINA 6,0 MG (POR CÁPSULA)
 RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)

Protocolo	Doença de Alzheimer (Portaria SAS/MS 1298/2013)
CID	G30.0, G30.1, G30.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos de Doença de Alzheimer de acordo com os critérios do <i>National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association</i> (NINCDS-ADRDA) • Descrição do escore no Mini-exame do estado mental (MEEM) • Descrição da escala clínica de avaliação de demência (CDR) • Laudo de Tomografia Computadorizada OU Laudo de Ressonância Magnética do encéfalo • Hemograma com plaquetas • Sódio sérico • Potássio sérico • Glicose • Ureia OU creatinina • TSH • VDRL • Nível sérico de Vitamina B12 • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)

Protocolo	Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Reposição de Ferro (Portaria SAS/MS 226/2010)
CID	N18.0, N18.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Ferritina sérica • Saturação da transferrina • Taxa de filtração glomerular OU creatinina sérica • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados, informando se o paciente apresenta-se em tratamento dialítico • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Anemia por Deficiência de Ferro (Portaria SAS/MS 1247/2014)
CID	D50.0, D50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Ferritina

SALMETEROL 50 MCG PÓ INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 60 DOSES)

Protocolo	Asma (Portaria SAS/MS 1317/2013)
-----------	----------------------------------

CID	J45.0, J45.1, J45.8
• Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Espirometria (a partir 5 anos de idade) Descrição detalhada dos sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma apresentados pelo paciente informar se paciente é tabagista. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* se espirometria normal, deve ser anexado teste de hiperresponsividade brônquica.</p>

Protocolo	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Portaria SAS/MS 609/2013)
CID	J44.0, J44.1, J44.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Potássio sérico Descrição clínica detalhada dos sintomas respiratórios crônicos e fatores de risco para a doença apresentados pelo paciente. Espirometria (com teste com broncodilatador) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SELEGILINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

SELEGILINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica (Portaria SAS/MS 225/2010)
CID	N18.0, E83.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Fósforo sérico Taxa de filtração glomerular <u>OU</u> creatinina sérica Cálcio iônico (ou calcio total + albumina) <u>OU</u> PTH (3 determinações com intervalo mensal) Descrição clínica informando os tratamentos prévios se o paciente encontra-se em programa regular de diálise e há quanto tempo e se está em acompanhamento com nutricionista e realizando com adesão dieta pobre em fósforo Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hipertensão Arterial Pulmonar (Portaria SAS/MS 35/2014)
CID	I27.0, I27.2, I27.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> Cateterismo cardíaco direito Ecocardiografia transtorácica Eletrocardiografia Radiografia de tórax Espirometria com prova broncodilatadora

	<ul style="list-style-type: none"> • Cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar • Ultrassonografia abdominal • Teste agudo de reatividade vascular (apenas para CID I27.0) • Resultado do teste de caminhada de 6 minutos • TGO/AST • TGP/ALT • Hemograma • Gasometria arterial • Exame parasitológico de fezes • Pesquisa de anticorpo antinuclear • Anticorpos anti-DNA • Fator reumatoide • anti-HIV • HbsAg • Anti-HBC (IgG) • Anti-HCV • Descrição da classificação funcional da Hipertensão Arterial Pulmonar segundo NYHA/OMS • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

SILDENAFILA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
SILDENAFILA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Esclerose Sistêmica (Portaria SAS/MS 99/2013)
CID	M34.0, M34.1, M34.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) OU com a descrição de evidência (objetiva ou subjetiva) de fenômeno de Raynaud mais padrão scleroderma à capilaroscopia periungueal • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)
SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SOMATROPINA 4 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
SOMATROPINA 12 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo (Portaria SAS/MS 110/2010)
CID	E23.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Testes de estímulo para GH • Dosagem IGF-1 • Glicemia de jejum

	<ul style="list-style-type: none"> • TSH • Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância nuclear magnética • T4 total OU T4 livre • Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados. Para crianças e adolescentes descrever idade, peso e altura atuais, peso e comprimento ao nascer, idade gestacional, velocidade de crescimento no último ano OU curva de crescimento em crianças maiores de 2 anos, estadiamento puberal, altura medida dos pais biológicos • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>Exames adicionais para adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Densitometria óssea • Colesterol total • Colesterol HDL • Triglicerídeos
--	---

Protocolo	Síndrome de Turner (Portaria SAS/MS 223/2010)
CID	Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do exame de cariótipo • Curva de crescimento da OMS (para crianças entre 2 e 4 anos) OU do <i>National Center for Health Statistics</i> de 1977 (NCHS) (para crianças entre 5 e 12 anos) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

SULFASALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Artrite Psoriásica (Portaria SAS/MS 1204/2014)
CID	M07.0, M07.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos critérios diagnósticos apresentados pelo paciente (vide critérios CASPAR para diagnóstico de Artrite Psoriásica) • Descrição do índice BASDAI (<i>Bath Ankylosing Disease Activity Index</i>) OU índice MASES (em caso de entesite) • Escala Visual Analógica de dor • Laudo de radiografia simples OU de Ressonância Magnética • hemograma com plaquetas • creatinina • TGO/AST • TGP/ALT • velocidade de hemossedimentação • proteína C reativa • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reativa – Doença de Reiter (Portaria SAS/MS 207/2010)
CID	M02.3
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e duração de cada intervenção • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] <u>ou</u> [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>[B]. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide <u>OU</u> anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] <u>OU</u> escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Doença de Crohn (Portaria SAS/MS 966/2014)
CID	K50.0, K50.1, K50.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo endoscópico, radiológico, cirúrgico <u>OU</u> anatomopatológico • Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) • Hemograma • Exame qualitativo de urina (EQU) • Creatinina sérica • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Espondilite Ancilosante (Portaria SAS/MS 640/2014)
CID	M45, M46.8
Documentos e exames	<p><u>PACIENTES COM IDADE ATÉ 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Cópia do antígeno HLA-B27 <u>OU</u> laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada dos sinais e sintomas de espondiloartrite apresentados pelo paciente e tempo de duração dos mesmos • Descrição dos tratamentos prévios realizados e tempo de uso • Laudo de exame de imagem que evidencie sacroiliíte • VSG • Proteína C reativa • Hemograma com plaquetas • Creatinina sérica • TGO/AST • TGP/ALT • reação de Mantoux • radiografia de tórax • anti-HCV • HbsAg • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Retocolite Ulcerativa (Portaria SAS/MS 861/2002)
CID	K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Exame Qualitativo de Urina (EQU) • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença • Laudo de exame endoscópico ou histológico com achados relacionados ao diagnóstico de retocolite • Termo de Consentimento Informado preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TACROLIMO 1 MG (POR CÁPSULA)
TACROLIMO 5 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria (Portaria SAS/MS 1322/2013)
CID	Z94.4
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com até 18 anos • Bilirrubinas • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Laudo de biópsia hepática (em caso de rejeição) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Imunossupressão no Transplante Renal (Portaria SAS/MS 712/2014)
CID	T86.1, Z94.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição médica contendo a data do transplante (para pacientes a serem submetidos ao transplante), se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes (Portaria SAS/MS 459/2012)
CID	N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinúria de 24 horas OU Proteinúria de amostra isolada • Albumina sérica • Colesterol total OU Triglicerídeos • HbsAg • Anti-HCV • Anti-HIV • Fator anti-nuclear (FAN) • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitantes e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente. • Descrição clínica realizada por dermatologista ou de odontólogo ou cirurgião buco-maxilo-facial confirmando o diagnóstico de hipertricose ou hiperplasia gengival • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável

TALIGLUCERASE ALFA 200 UI INJETÁVEL (POR FRASCO)

Protocolo	Doença de Gaucher (Portaria SAS/MS 1266/2014)
CID	E75.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada das manifestações clínicas associadas à doença. • Aferição do tamanho do fígado e do baço com fita métrica. • Medida da atividade da beta-glicocerebrosidase por ensaio fluorométrico em leucócitos ou fibroblastos OU análise do gene <i>GBA1</i>. • Exame físico (peso, altura, pressão arterial).

	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma com plaquetas • Ferritina • TGO/AST • TGP/ALT • Gama-GT • Tempo de protrombina • Ultrassonografia OU ressonância magnética de abdômen. • Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos. • Eletroforese de proteínas • Densitometria óssea (pacientes acima de 19 anos) • Radiografia para determinação da idade óssea (em crianças ou adolescentes com atraso ou parada de crescimento, ou com desenvolvimento puberal atrasado) • Vitamina B12 (para pacientes com qualquer tipo de anemia ou manifestações clínicas sugestivas de deficiência de vitamina B12) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	---

TELAPREVIR 375 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hepatite viral C e Coinfecções (Portaria SVS/MS 221/2011 - Suplemento 2 – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada).
CID	B18.2
documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • HCV-RNA quantitativo • Genotipagem de HCV • Biópsia hepática OU comprovação de cirrose através de elastografia OU endoscopia digestiva alta OU ecografia/tomografia abdominal OU justificativa no relatório médico para não realização dos mesmos, conforme orientações dos protocolos do Ministério da Saúde • Anti-HIV. Se coinfeção com o vírus HIV: anexar contagem de linfócitos T-CD4⁺ • HbsAg • Ácido úrico sérico • Albumina • Bilirrubinas • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina sérica • Fosfatase alcalina • Gama-GT • Glicemia de jejum • Hemograma com plaquetas • Tempo de Protrombina • TSH • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) ou atestado médico justificando a não realização do mesmo • Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro e evolução clínica, medicações já utilizadas com o tempo de uso, dose máxima atingida e os efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado, plano terapêutico e tempo previsto de uso). O relatório também deve conter as seguintes informações: uso prévio de inibidor de protease e critérios de individualização de tratamento para Boceprevir (justificativa da necessidade do paciente receber Boceprevir ao invés de Telaprevir). Se paciente for transplantado, informar a data e o local de realização do transplante. • Termo de Consentimento <u>específico da Terapia Tripla</u> preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções (Portaria GM/MS 2561/2009)
CID	B18.1
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • TGO/AST • TGP/ALT • Creatinina • HBsAg • HbeAg • Anti-HBe • Anti-HIV • HBV-DNA quantitativo (exceto para indivíduos virgens de tratamento, com HbeAg reagente, não cirróticos) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o HIV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem linfócitos T-CD4+ <p><u>Exames adicionais para coinfeção do vírus da Hepatite B com o vírus da hepatite C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR quantitativo para VHC

TIMOLOL 5,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4ML)

Protocolo	Artrite Reumatoide (Portaria SAS/MS 710/2013)
CID	M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • teste de Mantoux • radiografia de tórax • HBsAg • anti-HCV • TGO/AST • TGP/ALT • hemograma com plaquetas <p>Informamos que 2 critérios de classificação podem ser utilizados para diagnóstico de artrite reumatoide (critérios ACR [A] ou critérios ACR/EULAR [B]). Portanto, para solicitação de medicamentos, é obrigatório que o usuário envie os exames/ documentos exigidos por <u>apenas um</u> dos critérios diagnósticos (itens descritos em [A] ou [B]).</p> <p><u>[A]. Critérios diagnósticos ACR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas). • Fator reumatoide (somente se positivo) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações).

	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p><u>BI. Critérios diagnósticos ACR/EULAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas) • Laudo de exame radiológico de mãos e punhos (somente em caso de acometimento destas articulações). • fator reumatoide OU anti-CCP • proteína C reativa • velocidade de hemossedimentação • Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento • Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [<i>Disease Activity Score</i>], escore SDAI [<i>Simplified Disease Activity Score</i>] OU escore CDAI [<i>Clinical Disease Activity Score</i>]) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
--	--

TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)

TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)

TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)</p> <p>* Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
 TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Distonias Focais e Espasmo Hemifacial (Portaria SAS/MS 376/2009)
CID	G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G51.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Espasticidade (Portaria SAS/MS 377/2009)
CID	G04.1, G80.0, G80.1, G80.2, G81.1, G82.1, G82.4, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, T90.5, T90.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas com relato de comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)

Protocolo	Glaucoma (Portaria SAS/MS 1279/2013)
CID	H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, Q15.0
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Medição da pressão intraocular (PIO) basal • Biomicroscopia de fundo (fundoscopia) • Campimetria visual • Retinografia binocular colorida • Paquimetria • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TRIXIFENIDILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Doença de Parkinson (Portaria SAS/MS 228/2010)
CID	G20
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (de acordo com os critérios de diagnóstico clínico propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

TRIPTORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
 TRIPTORRELINA 11,25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

Protocolo	Endometriose (Portaria SAS/MS 144/2010)
CID	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do laudo de laparoscopia/ laparotomia seguindo a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) OU Cópia de laudo anatomopatológico de biópsia peritoneal • Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando tratamentos prévios e duração de cada intervenção • Beta-HCG sérico (mulheres em idade fértil) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico

	e pelo paciente ou responsável
--	--------------------------------

Protocolo	Leiomioma de útero (Portaria SAS/MS 1325/2013)
CID	D25.0, D25.1, D25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Laudo de exame de imagem (ultrassonografia transabdominal ou transvaginal OU Histerosalpingografia OU Histeroscopia OU Histerossonografia OU Tomografia Computadorizada OU Ressonância Magnética) OU Laparoscopia • Laudo de densitometria óssea recente (realizada há no máximo 1 ano) • Descrição das manifestações clínicas e do motivo da contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável

Protocolo	Puberdade Precoce Central (Portaria SAS/MS 111/2010)
CID	E22.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Exame de determinação do hormônio luteinizante (LH) (teste de estímulo em nível puberal) • Avaliação da idade óssea segundo o método de Greulich- Peyle OU radiografia de mãos e punhos • Ultrassonografia pélvica com tamanho uterino (para meninas) • Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo responsável

VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

Protocolo	Epilepsia (Portaria SAS/MS 1319/2013)
CID	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Eletroencefalografia em vigília e em sono • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável • • Para <u>pacientes refratários</u> (persistência das crises apesar do uso de dois anticonvulsivantes de primeira linha): • Diário de registro de crises (descrição da idade de início, frequência de ocorrência e intervalo entre as crises) • Descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável <p>* Ressonância magnética do encéfalo (obrigatória pacientes com epilepsia focal refratária)</p> <p>* Teste psicométrico (obrigatório para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais).</p>

ZIPRASIDONA 40 MG (POR CÁPSULA)

ZIPRASIDONA 80 MG (POR CÁPSULA)

Protocolo	Esquizofrenia (Portaria SAS/MS 364/2013)
CID	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8

Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Parecer de neurologista favorável à entrada do paciente no protocolo (apenas para pacientes com convulsões ou retardo mental) • Descrição clínica contendo sinais e sintomas apresentados, escore da escala BPRS-A, idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, medicamentos já utilizados e tempo de uso, registro da história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio em conformidade com a portaria SAS/MS 364 de 2013. • Descrição se a seguinte condição é atendida: presença de um familiar ou responsável legal ou de um funcionário da instituição (no caso de pacientes cronicamente asilados) • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável
---------------------	--

Protocolo	Transtorno Esquizoafetivo (Portaria SAS/MS 1203/2014)
CID	F25.0, F25.1, F25.2
Documentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório médico com descrição dos critérios diagnósticos, fármacos já utilizados, estágio da doença, história de resposta e adesão. • Escore na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS-A) • Descrição das medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril • Descrição de três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes • Colesterol total • Colesterol HDL • Colesterol LDL • Triglicerídeos • Glicemia de jejum • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável