

EXAMES NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS ESTADUAIS DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ACNE GRAVE</p> <p>Isotretinoína 10 e 20 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total e frações; - Triglicerídeos; - ALT/TGP e AST/TGO; -BHCG para mulheres sexualmente ativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos. ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: aos 30 dias e, após, trimestral. - BHCG para mulheres em idade fértil Periodicidade: Mensal 	<p>L70.0 L70.1 L70.8</p> <p>Dermatologista</p>
<p>ACROMEGALIA</p> <p>Octreotida 0,1mg/ml F/A, 20mg pó p/ suspensão F/A e 30mg pó p/ suspensão F/A</p> <p>Bromocriptina 2,5mg comp.</p> <p>Cabergolina 0,5mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de GH após sobrecarga de glicose e/ou dosagem de IGF-1; -Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética da Pituitária. Para Octreotida também são necessários: <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia e TSH a cada alteração de dosagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de GH (radioimunoensaio ou quimiluminescência) e Dosagem de IGF-I Periodicidade: A cada quatro meses. Para Octreotida também são necessários a cada alteração de dose: <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia e TSH. 	<p>E22.0</p> <p>Endocrinologista</p>
<p>ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg caps. e 100mg/ml solução oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Reticulócitos; - Biópsia de medula óssea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com plaquetas, provas de função renal (uréia e creatinina), eletrólitos (potássio e magnésio) e enzimas hepáticas (ALT/TGP e AST/TGO) Periodicidade: Mensal 	<p>D61.1 D61.2 D61.3 D61.8</p> <p>Hematologista</p>
<p>ANEMIA APLÁSTICA, MIELODISPLASIA E NEUTROPENIAS CONSTITUCIONAIS</p> <p>Filgrastim 300mcg F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo - Biópsia de medula (para uso crônico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo e plaquetas, ALT, AST, creatinina e ácido úrico. Periodicidade: Mensal - Biópsia de medula (para uso crônico) Periodicidade: Anual 	<p>D46.0 / D46.1 / D46.7 D61.0 / D61.1 / D61.2 D61.3 / D61.8 D70 Z94.8</p> <p>Hematologista Infectologista Gastroenterologista</p>
<p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</p> <p>Alfaepoetina /Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Índice de Saturação de Transferrina; - Ferritina Sérica; - Creatinina sérica; - Laudo médico (LME campo 11) informando estágio da DRC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina, hematocrito Periodicidade: mensal - Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina, hemograma completo Periodicidade: trimestral - Creatinina sérica Periodicidade: trimestral no 1º ano após semestral 	<p>N 18.0 N 18.8</p> <p>Nefrologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO</p> <p>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100 mg/5mL EV amp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - Índice de Saturação de Transferrina; - Ferritina sérica; - Creatinina Sérica; - laudo médico (LME campo 11), informando estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente. <p>Para: Sacarato de hidróxido ferrico 100 mg EV amp.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos exames acima e; <p>- Receita médica com posologia bem definida: forma de diluição, tempo de administração, periodicidade de uso, local(PA/PS)de administração, ou se será administrado durante sessão de hemodiálise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina, hematocrito <p>Periodicidade: mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina, hemograma completo <p>Periodicidade: trimestral</p>	<p align="center">N 18.0 N 18.8</p> <p align="center">Nefrologista</p>
<p>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciclofosfamida: frasco-ampola de 200 e 1.000 mg ou drágeas de 50 mg. - Ciclosporina: cápsula de 10, 25, 50 e 100 mg e solução oral com 100 mg/mL em frasco de 50 ml. - Imunoglobulina humana: frasco com 0,5, 1, 2,5, 3, 5 e 6 g. <p>-Ciclofosfamida 50 mg drg.</p> <p>-Ciclosporina 25, 50 e 100 mg caps. e 100mg/ml sol. oral</p> <p>-Metilprednisolona 500 mg amp.</p> <p>Aguardando publicação da Tabela que inclui esses CIDs para estes medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo; - Teste de Coombs direto; - Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <p>→ Identificação do subtipo:</p> <p>Para anemia por anticorpos quentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, <u>ou</u> - Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): - apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40 <p>Para hemoglobinúria paroxística a frio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo. <p>para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas, para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas); <u>ou</u> - anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner, para hemoglobinúria paroxística a frio. <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e aferição da pressão arterial <p>Para Metilprednisolona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum, potássio, colesterol total, triglicérides, pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas, DHL, reticulócitos e haptoglobina (deve ser mantida acima de 10 g/dl para garantir melhora dos sintomas clínicos). <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: Mensal ou se mudança nas doses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, GGT e bilirrubinas <p>Periodicidade: Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível Cérico de Creatinina e aferição da pressão arterial <p>Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível Cérico de Creatinina, hemograma e débito urinário <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p align="center">D59.0 D59.1</p> <p align="center">Hematologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p style="text-align: center;">ANGIOEDEMA</p> <p style="text-align: center;">Danazol 100 mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem da fração C1-INH do complemento; - Dosagem de complemento C4. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem da fração C1-INH do complemento; - Dosagem de complemento C4. Periodicidade: no primeiro mês. - Hematócrito e hemoglobina, AST, ALT, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicerídeos; - Exame qualitativo de urina. Periodicidade: Semestral 	<p style="text-align: center;">D84.1</p> <p style="text-align: center;">Alergista e Imunologista</p>
<p style="text-align: center;">APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA</p> <p style="text-align: center;">Ciclofosfamida 50mg drágea Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg caps. e 100mg/ml solução oral Imunoglobulina 2,5g, 5g e 6g F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Reticulócitos - Biópsia e aspirado de medula óssea <p>Exames não obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomografia computadorizada de tórax - Anti HIV e Anti HCV - Anticorpo Antinuclear 	<p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo Periodicidade: Mensal ou se mudança de dose. - ALT, AST, GGT e bilirrubinas Periodicidade: Mensal até 6 meses, após trimestral. <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina Periodicidade: Mensal <p>Para Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, Hemograma Periodicidade: Trimestral 	<p style="text-align: center;">D60.0</p> <p style="text-align: center;">Hematologista</p>
<p style="text-align: center;">ARTRITE REATIVA (DOENÇA DE REITER)</p> <p style="text-align: center;">Sulfassalazina 500 mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, EAS, Velocidade de Hemossedimentação. Periodicidade: no primeiro mês, e após, a cada 6 meses. 	<p style="text-align: center;">M02.3</p>
<p style="text-align: center;">ARTRITE REUMATÓIDE</p> <p style="text-align: center;">Hidroxicloroquina 400mg comp. Sulfassalazina 500mg comp. Metotrexato 25mg/ml sol.inj e 2,5mg comp. Ciclosporina 10mg, 25mg,50mg e 100mg comp. e 100mg/ml solução oral Leflunomida 20mg comp. Infliximabe 100mg F/A Etanercepte 25mg e 50mg seringa Adalimumabe 40mg seringa</p>	<p>Crítérios Diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez matinal; - Artrite em três ou mais áreas; - Artrite de articulações das mãos ou punhos; - Artrite Simétrica; - Nódulos Reumatóides; - Fator Reumatóide Sérico; - Alterações Radiológicas; Velocidade de Hemossedimentação, Proteína C Reativa. <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina <p>Para Leflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT E AST <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, Leucograma e Contagem de Plaquetas <p>Para Sulfassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma , ALT e AST e EQU (EAS) <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT, AST, Creatinina 	<p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina Periodicidade: Mensal <p>Para Leflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT e AST Periodicidade: No primeiro e terceiro mês de tratamento e, após, trimestralmente. <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, Leucograma e Contagem de Plaquetas Periodicidade: Mensal <p>Para Sulfassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, ALT e AST Periodicidade: Mensal, nos três primeiros meses de tratamento e, após, trimestral; -EQU (EAS) Periodicidade: Semestral <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundoscopia Periodicidade: Semestral <p>Para Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, ALT, AST e Creatinina Periodicidade: No primeiro e terceiro mês de tratamento e, após, trimestralmente. 	<p style="text-align: center;">M05.0 M05.1 M05.2 M05.3 M05.8 M06.0 M06.8 M08.0</p> <p style="text-align: center;">Reumatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ASMA GRAVE</p> <p>Budesonida 200mcg pó ou cáp. inalante ou aerossol bucal Formoterol 12mcg cap.inal. Formoterol + budesonida 6+200 e 12+400mcg pó/cap. Salmeterol 50mcg pó/aerossol</p>	<p>Para maiores de 5 anos: - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador)</p>	<p>- Espirometria Periodicidade: Anual</p>	<p>J45.0 J45.1 J45.8</p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p>ASMA NÃO CONTROLADA (Protocolo Estadual) Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol Montelucaste 4mg sachê 5mg e 10mg comp. Omalizumabe 150mg F/A</p>	<p>Para maiores de 8 anos: - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador)</p> <p>Para Omalizumabe: - Teste alérgico de contato</p> <p>- Pesquisa de Imunoglobulina IgE alérgeno específica</p>	<p>- Espirometria Periodicidade: Anual</p>	<p>J45.0 J45.8 J45.9</p> <p>Pneumologista Alergista</p>
<p>DERMATOMIOSITE POLIMIOSITE</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25, 50 e 100 mg comp. e 100 mg/mL sol. oral</p> <p>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</p> <p>Imunoglobulina 2,5 g, 5 g e 6 g</p> <p>Metilprednisolona 500 mg F/A</p> <p>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25mg/mL inj.</p>	<p>- Biópsia Muscular - CPK <u>ou</u> aldolase <u>ou</u> LDH (desidrogenase láctica) <u>ou</u> TGO/AST <u>ou</u> TGP/ALT - Eletromiografia</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Exame oftalmológico</p> <p>Para Metilprednisolona: -Glicemia de jejum, potássio, colesterol total, HDL e triglicerídeos, densitometria óssea e aferição da pressão arterial.</p> <p>Para Metotrexato: -ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia e creatinina.</p> <p>Para Imunoglobulina: -Pacientes refratários a glicocorticóides e imunossupressores.</p>	<p>- CPK <u>ou</u> aldolase <u>ou</u> LDH <u>ou</u> TGO <u>ou</u> TGP Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Azatioprina: - Hemograma Completo, fosfatase alcalina, ALT/TGP, AST/TGO Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina Periodicidade: Mensal</p> <p>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeos, sódio e potássio Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Hidroxicloroquina: - Exame oftalmológico Periodicidade: Anual</p> <p>- Hemograma completo Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Metilprednisolona: - Colesterol total, HDL, triglicerídeos e densitometria óssea. Periodicidade: Anual</p> <p>Para Metotrexato: - ALT/TGP e AST/TGO, hemograma completo, uréia e creatinina Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses e, após, trimestralmente.</p>	<p>M33.0 M33.1 M33.2</p> <p>Rumatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO</p> <p>(HIPOPITUITARISMO)</p> <p>Somatropina 4 UI F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile); - Ressonância magnética ou Tomografia Computadorizada de sela túrcica; - Laudo complementar contendo descrição clínica da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver. <p>Para crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade cronológica maior que 02 anos; - Peso e comprimento ao nascer, idade gestacional; - Idade, peso e altura atuais; - Velocidade de crescimento no último ano (avaliada em 12 meses); - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Estadiamento puberal de Tanner; - Altura dos pais biológicos; - Laudo médico com descrição clínica da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver; - Raio X de mãos e punhos para a idade óssea, com laudo; - IGF-1, glicemia, TSH e T4 total ou livre (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas; - Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia; - Dois (2) testes para GH com data e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Informar se realizado priming com estradiol ou testosterona. Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste. <p>Para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com descrição clínica da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver; - IGF-1, glicemia, TSH e T4 total ou livre e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas; - Colesterol total, HDL e triglicérides; - Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia); - Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon); - Densitometria óssea. 	<p>Para crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso e estatura <p>Periodicidade: Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre <p>Periodicidade: Anual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) <p>Periodicidade: Anual ou após mudança de dose</p> <p>Para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1 <p>Periodicidade: anual ou quando houver ajuste de dose;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4L <p>Periodicidade: anual;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica <p>Periodicidade: anual.</p>	<p style="text-align: center;">E23.0</p> <p style="text-align: center;">Endocrinologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DIABETES INSÍPIDO Desmopressina 0,1mg/ml sol. Intra-nasal - frasco	- Osmolalidade plasmática e urinária (por resposta à administração de desmopressina)	- Sódio plasmático Periodicidade: Trimestral.	E23.2 Endocrinologista
DIABETES (ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO) (Protocolo Estadual) Insulina Glargina 100UI/ml F/A	> 6 anos: - Hemoglobina glicosilada; - Glicemia de jejum; - Glicemia pós-prandial (3 Determinações dos últimos 12 meses); - Comprovação de pelo menos 2 episódios de hipoglicemia, num período de 6 meses, mediante apresentação de exames laboratoriais ou laudo de atendimento médico no momento da crise.	- Hemoglobina glicosilada; - Glicemia de jejum; - Glicemia pós-prandial. Periodicidade: Trimestral	E10 / E10.2 / E10.3 E10.4 / E10.5 / E10.6 E10.7 / E10.8 / E10.9 E11 / E11.2 / E11.3 E11.4 / E11.5 / E11.6 E11.7 / E11.8 / E11.9 Endocrinologista
DISLIPIDEMIAS (Protocolo Estadual) Atorvastatina 10 mg e 20 mg comp.	- Colesterol Total; - HDL; - Triglicerídeos; - CPK; - TGO; TGP; - TSH; - Laudo com Escore de Risco de Framingham e Meta de redução do LDL.	- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos Periodicidade: Trimestral ou a cada ajuste de dose. - CPK, TGO e TGP Periodicidade: Aos três meses e após, semestral, e a cada ajuste de dose. - TSH Periodicidade: Aos três meses caso o primeiro exame não tenha sido normal.	E78.0 / E78.1 / E78.2 E78.3 / E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8 Endocrinologista Cardiologista
DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL Toxina Botulínica tipo A 100 UI F/A Toxina Botulínica tipo A 500 UI F/A	- Preenchimento do formulário de pontos de aplicação - Beta-HCG para mulheres em idade fértil	- Preenchimento formulários de pontos de aplicação Periodicidade: A cada 3, 4 ou 6 meses	G24.0 / G24.1 / G24.2 G24.3 / G24.4 / G24.5 G24.8 G51.8 Neurologista Ortopedista Oftalmologista
DOENÇA DE ALZHEIMER Donepezil 5mg e 10mg comp. Galantamina ER 8mg,16mg e 24mg comp. Rivastigmina 1,5mg,3mg e 4,5mg caps. e 2mg/ml frasco	- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) - Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo - Hemograma - Dosagem de sódio, potássio, glicose - Uréia e creatinina - Nível sérico de vitamina B12; TSH - VDRL	- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) Periodicidade: Aos três meses de tratamento e, após, semestral. Para Galantamina: - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO Periodicidade: Semestral.	G30.0 G30.1 G30.8 Neurologista Geriatra Psiquiatra

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>DOENÇA DE CROHN</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Mesalazina 400mg e 500mg comp.</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Metotrexate 25mg/ml F/A</p> <p>Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg caps e 100mg/ml frasco</p> <p>Adalimumabe 40 mg ser.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p>	<p>- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) - Laudo endoscópico/ radiológico/ cirúrgico/ anatomopatológico</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina: - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina</p> <p>Para Azatioprina: - Hemograma Completo, ALT e AST</p> <p>-Para Ciclosporina: - Creatinina, uréia, sódio, potássio, magnésio, colesterol total, HDL, triglicerídeos e ácido úrico.</p> <p>Para Adalimumabe: - Hemograma</p> <p>Para Infliximabe: - ALT, AST e Hemograma</p>	<p>- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) Periodicidade: Semestral, e quando houver mudança de dose.</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina: - Hemograma e creatinina Periodicidade: A cada 4 meses.</p> <p>Para Azatioprina: Hemograma completo Periodicidade: Mensal - ALT e AST Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclosporina: - Creatinina, uréia, sódio, potássio, magnésio, colesterol total, HDL, triglicerídeos e ácido úrico. Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Metotrexate: - Hemograma completo Periodicidade: Mensal</p> <p>- ALT, AST, fosfatase alcalina e creatinina Periodicidade: Bimestral</p> <p>Para Adalimumabe: - Hemograma Periodicidade: Bimestral</p> <p>Para Infliximabe: - ALT, AST e Hemograma Periodicidade: Mensal nos dois primeiros meses e após bimestral.</p>	<p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista</p>
<p>DOENÇA DE GAUCHER</p> <p>Imiglucerase 200UI amp</p>	<p>- Hemograma e Plaquetas.</p> <p>Para Imiglucerase: - Dosagem da atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos; Raio X dos ossos longos; - Ultrassonografia abdominal.</p>	<p>- Hemograma completo Periodicidade: Trimestral. Após 2 anos de tratamento, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia abdominal Periodicidade: Semestral</p> <p>- Raio X dos ossos (em caso de comprometimento ósseo) Periodicidade: Anual</p>	<p>E75.2</p> <p>Hematologista</p>
<p>DOENÇA DE PAGET DOS OSSOS</p> <p>Pamidronato 30 e 60 mg F/A</p> <p>Calcitonina 200UI/dose spray nasal frasco</p>	<p>- Exame de Imagem do Crânio e Ossos Longos</p> <p>- Fosfatase Alcalina</p>	<p>- Fosfatase Alcalina Periodicidade: Bimestral durante os primeiros 6 meses de tratamento e após, semestral.</p> <p>- Exame de imagem envolvendo crânio e ossos longos Periodicidade: Anual</p>	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista</p>
<p>DOENÇA DE PAGET/ OSTEÍTE DEFORMANTE</p> <p>Risendronato 5mg Comp Pamidronato 30mg Comp Calcitonina 50 e 100UI – Sol Injetável Calcitonina 200UI – Aerossol Nasal</p>	<p>- Fosfatase Alcalina ou;</p> <p>- Hipercalcemia com PTH normal/baixo ou;</p> <p>- Acometimento de ossos longos em membros inferiores comprovado por exame de imagem.</p>	<p>- Fosfatase Alcalina Periodicidade: Trimestral durante os primeiros 6 meses de tratamento e após, semestral.</p> <p>- Exame de imagem envolvendo crânio e ossos longos Periodicidade: Anual</p>	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DOENÇA DE PARKINSON Amantadina 100mg comp. Bromocriptina 2,5mg comp. Entacapona 200mg comp. Pramipexol 0,25 e 1mg cp. Selegilina 5mg comp. Tolcapona 100mg comp.	-	Para Bromocriptina : Ecocardiograma Periodicidade : Anual Para Tolcapone : ALT e AST Periodicidade : Trimestral	G20 Neurologista Geriatria
DOENÇA DE WILSON Penicilamina 250mg comp.	- Exame Oftalmológico (lâmpada de fenda), - Concentração sérica de ceruloplasmina reduzida, - Cobre sérico livre, - Cobre urinário basal de 24h, - Concentração hepática de cobre (Biopsia Hepática). -Hemograma e Plaquetas	Dosagem de cobre urinário de 24h Periodicidade : Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. Dosagem de cobre sérico livre Periodicidade : Após os 03 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser feita a cada 6 a 12 meses. EQU, Hemograma e Plaquetas Periodicidade : A cada 2 semanas, nos 6 primeiros meses de tratamento e, após, mensal. ALT e AST Periodicidade : Semestral	E83.0 Neurologista
DOENÇA FALCIFORME Hidroxiuréia 500 mg cáps.	- Hemograma completo e reticulócitos. - B-HCG para mulheres em idade fértil - Eletroforese de Hemoglobina com dosagem de HbF - Sorologias para hepatite B e C e HIV - Dosagem sérica de ALT, AST e creatinina - Dosagem de ácido úrico	- Hemograma, Plaquetas, Reticulócitos Periodicidade : Mensal -Creatinina, ALT e AST Periodicidade : Mensal até dose de manutenção, depois trimestral. - Hemoglobina F Periodicidade : Bimestral até dose de manutenção, depois semestral. - Medidas antropométricas Periodicidade : nos primeiros dois meses e enquanto ajuste de dose	D56.1 D56.8 D57.0 D57.1 D57.2 Hematologista
DPOC (Protocolo Estadual) Formoterol 12mcg cap.inal. Salmeterol 50mcg pó inalante ou aerossol bucal Salmeterol + fluticasona 50mcg + 250mcg aerossol Teofilina 200 mg e 300 mg cáps. De lib. Prolongada Tiotrópio 2,5 mcg/dose sol. inal.	Para maiores de 8 anos: - Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR)	- Espirometria Periodicidade : Anual	J41.0 / J41.1 / J41.8 J42 J43.1 / J43.2 / J43.8 J43.9 J44.0 / J44.1 / J44.8 J44.9 Pneumologista
ENDOMETRIOSE Danazol 100 mg cáps. Gosserrelina 10,8 mg ser. Leuprorrelina 3,75 mg F/A	- Laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>ou</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal. - Laudo médico de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose). Para Danazol : - TGO, TGP	Para Danazol : - Contagem de plaquetas Periodicidade : Semestral	N80.0 N80.1 N80.2 N80.3 N80.4 N80.5 N80.8 Ginecologista

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p align="center">EPILEPSIA</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg cap. Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp. Lamotrigina 25mg e 100mg comp. Vigabatrina 500mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eletroencefalograma em vigília e sono - Tomografia Computadorizada <u>ou</u> Ressonância Nuclear Magnética do encéfalo - Diário de registro de crises - Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento e - TESTE PSICOMÉTRICO (não obrigatório) para casos de efeitos cognitivos negativos provocados pelo uso de medicamentos convencionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de registros de crises contendo doses do medicamento em uso, descrição das crises e efeitos colaterais Periodicidade: Trimestral 	<p>G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5 G40.6/ G40.7/ G40.8</p> <p align="center">Neurologista Psiquiatra Geriatra</p>
<p align="center">ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA</p> <p>Riluzol 50mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressonância magnética de crânio - Eletroneuromiografia - Hemograma completo - Uréia e creatinina - ALT/AST e Protrombina 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - ALT/AST Periodicidade: Mensal nos 3 primeiros meses e, após, trimestral. 	<p align="center">G12.2</p> <p align="center">Neurologista Geriatra</p>
<p align="center">ESCLEROSE MÚLTIPLA</p> <p>Azatioprina 50 mg comp. Glatirâmer 20mg F/A Interferon Beta 1a 6.000.000 UI 22mcg e 30mcg; 1a 12.000.000 UI e 1b 9.600.000UI ser. ou F/A Natalizumabe 300 mg F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressonância magnética do encéfalo - HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12. - Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção) <p>Para Interferon Beta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH <p>Para Natalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar falha terapêutica com glatirâmer e betainterferona, radiografia de tórax - Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de incapacidade (EDSS) Periodicidade: Trimestral <p>Para Interferon Beta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH Periodicidade: Anual <p>Para Interferon Beta e Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, TGO/AST, TGP/AST, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. Periodicidade: Aos 30 e 60 dias de tratamento e, após, semestralmente. <p>Para Natalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma. Periodicidade: Mensal 	<p align="center">G35</p> <p align="center">Neurologista Geriatra</p>
<p align="center">ESPASTICIDADE</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100 UI F/A Toxina Botulínica tipo A 500 UI F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento do formulário de pontos de aplicação. - Beta-HCG para mulheres em idade fértil 	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento formulários de pontos de aplicação Periodicidade: A cada 3, 4 ou 6 meses 	<p align="center">G 04.1 G 80.0/G 80.1/G 80.2 G 81.1 G 82.1/G 82.4 I 69.0/I 69.1/I 69.2/ I 69.3/I 69.4/I 69.8 T 90.5/T 90.8</p>
<p align="center">ESPONDILITE ANCILOSANTE</p> <p>Adalimumabe 40mg inj. Etanercepte 25 e 50mg inj. Infliximabe 10mg/ml inj. Metotrexato 2,5mg comp. Sulfassalazina 500mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raio X do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas, - Velocidade de Hemossedimentação, - Proteína C Reativa <p>Para Sulfassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT, AST, GGT, Bilirrubinas, Creatinina e EQU. <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, DHL E Bilirrubinas, Hemograma Completo, Uréia e Creatinina 	<p>Para Sulfassalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT, AST, Bilirrubinas, Creatinina, EQU, GGT Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT, AST, Bilirrubinas, Hemograma Completo, Uréia e Creatinina. Periodicidade: No final do 1º mês e, após, bimestral. 	<p align="center">M45</p> <p align="center">Reumatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA</p> <p>Clozapina 100mg comp. Olanzapina 5 e 10mg comp. Quetiapina 25mg; 100mg e 200mg comp. Risperidona 1mg e 2mg comp. Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p>	<p>Só para Clozapina: - Hemograma e Plaquetas</p>	<p>Só para Clozapina: - Hemograma completo Periodicidade: Mensal</p>	<p>F20.0 F20.1 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8</p> <p>Psiquiatra</p>
<p>FENILCETONÚRIA</p> <p>Complemento alimentar isento de fenilalanina</p>	<p>- Dosagem de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames consecutivos)</p>	<p>- Dosagem de Fenilalanina sérica Periodicidade: Mensal</p>	<p>E70.0 E70.1</p> <p>Pediatra</p>
<p>FIBROSE CÍSTICA (INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA)</p> <p>Pancreatina 10.000 UI e 25.000 UI cáp. Pancrelipase 4.500 UI, 12.000 UI, 18.000 UI e 20.000UI cáp.</p>	<p>- Dosagem de cloreto e sódio em suor <u>ou</u> estudo genético com a identificação de duas mutações para a fibrose cística (Detecção molecular em fibrose cística - confirmatório)</p>	<p>- A resposta ao tratamento necessita ser reavaliada individualmente e a dose das enzimas pancreáticas deverá ser ajustada conforme os sintomas abdominais, características das fezes e estado nutricional.</p>	<p>E84.1 E84.8</p> <p>Gastroenterologista Pediatra</p>
<p>FIBROSE CÍSTICA (MANIFESTAÇÕES PULMONARES)</p> <p>Alfadornase 2,5 mg ampola</p>	<p>- Dosagem de cloreto e sódio em suor ou estudo genético com a identificação de duas mutações para a fibrose cística (Detecção molecular em fibrose cística - confirmatório)</p> <p>Exames não obrigatórios: - Espirometria, raio X tórax e tomografia de tórax</p>	<p>- Recomenda-se monitorar a resposta terapêutica com controle clínico periódico. Periodicidade: 2 a 3 meses.</p> <p>Exames não obrigatórios: - Espirometria e Radiografia de tórax Periodicidade: Anual</p>	<p>E84.0 E84.8</p> <p>Pneumologista</p>
<p>GLAUCOMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Latanoprost 50mcg/ml – sol. Oft Dorzolamida 2% sol. oft</p>	<p>Para pacientes consultados no SUS: - Acuidade visual, Refração sob cicloplegia para menores de 40 anos e dinâmica para maiores, Fundoscopia, 3 medidas da Pressão intra-ocular (PIO)</p> <p>Para pacientes da rede privada: - Acuidade visual, Refração sob cicloplegia para menores de 40 anos e dinâmica para maiores, Fundoscopia, 3 medidas da PIO, Retinografia simples, Campimetria, Paquimetria corneana.</p>	<p>Para pacientes consultados no SUS: - Acuidade visual corrigida, fundo de olho e 3 medidas da PIO. Periodicidade: quadrimestral</p> <p>Para pacientes da rede privada: - Acuidade visual corrigida, fundo de olho e 3 medidas da PIO e exame oftalmológico geral, inclusive com refração, quando necessário. Periodicidade: quadrimestral</p> <p>- Retinografia simples, Campimetria, Paquimetria corneana. Periodicidade: anual</p>	<p>H40</p> <p>Oftalmologista</p>
<p>HEPATITE AUTO-IMUNE</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p>	<p>- Gamaglobulinas em IgG, - Aminotransferases, - Fosfatase Alcalina, - FAN, AML, ou Ant- LKM1 - ALT, AST, GGT, Anti-mitocondrias, - histologia hepática, Anti-HAV IgM, HBSAg, - Anti- HCV - Reação em cadeia da polimerase, - Bilirrubina, - Hemograma Completo</p>	<p>- Hemograma Completo Periodicidade: Mensal</p> <p>- AST, ALT, Bilirrubina, Gama GT Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, os testes hepáticos devem ser exigidos trimestralmente.</p>	<p>K75.4</p> <p>Gastroenterologista Infectologista Hepatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>HEPATITE VIRAL CRÔNICA B</p> <p>Adefovir 10 mg comp.</p> <p>Entecavir 0,5 mg comp.</p> <p>Interferon Alfa 2b 3.000.000 UI e 10.000.000 UI F/A</p> <p>Lamivudina 150 mg comp.</p> <p>Tenofovir 300 mg comp.</p>	<p>Para Tenofovir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; Uréia; Creatinina; Clearance Estimado de Creatinina; EAS; ALT e AST; HBsAg; HBeAg; Anti-HBe; HBV-DNA (identificação do vírus da hepatite B por PCR);); Biópsia hepática para anti-HBe positivo de acordo com o HBV-DNA ($\geq 10^3$ cópias/mL ou ≥ 200 UI/mL e $< 10^4$ cópias/mL ou < 2.000 UI/mL). - Laudo médico com descrição de sinais de cirrose hepática e/ou laudo da endoscopia digestiva com varizes de esôfago. <p>Para Entecavir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - ALT e AST; HBsAg; HBeAg; Anti-HBe; - Endoscopia Digestiva Alta <u>ou</u> Biópsia hepática; - Laudo médico com sinais de cirrose e/ou laudo da endoscopia digestiva com varizes de esôfago ; em pacientes não cirróticos com alteração de função renal ou condições que favoreçam alteração de função renal como diabetes melito. <p>Para Interferon Alfa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo; - ALT e AST; HBsAg; HBeAg; Anti-HBe; TSH; T4 Livre; Glicemia jejum; - Biópsia hepática em caso de ALT/TGP normal; Beta HCG (para mulheres em período fértil). 	<p>Para Lamivudina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, Creatinina, ALT E AST Periodicidade: Aos 4 meses e após, Trimestral <p>Para: Adefovir e Tenofovir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clearance Estimado de Creatinina, EAS. Periodicidade: Aos 4 meses e após, Trimestral - HBV-DNA Periodicidade: Semestral - HBeAg e Anti-HBe Periodicidade: Semestral, somente para pacientes HBeAg positivos <p>Para Entecavir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT e AST Periodicidade: Trimestral - HBeAg, Anti-Hbe, HBV-DNA (somente se HBeAg positivo). Periodicidade: Anual <p>Para Interferon Alfa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT e AST Periodicidade: Mensal - Glicemia em jejum Periodicidade: Trimestral 	<p align="center">B18.1</p> <p align="center">Gastroenterologista Infectologista Hepatologista</p>
<p>HEPATITE VIRAL C</p> <p align="center"><u>AGUDA</u></p> <p>Interferon Alfa 2b 3.000.000 UI e 10.000.000 UI F/A</p> <p align="center"><u>CRÔNICA</u></p> <p>Interferon Alfa 2b 3.000.000 UI e 10.000.000 UI F/A</p> <p>Interferon Peguilado Alfa 2a 180 mg</p> <p>Interferon Peguilado Alfa 2b 100 mg</p> <p>Ribavirina 250 mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo; - ALT; AST; - Tempo de protrombina, bilirrubinas, albumina; - Creatinina, ácido úrico, glicemia de jejum; - TSH; Anti-HIV; HbsAg - Biópsia hepática e exame anatomo-patológico realizado nos últimos 2 anos: facultativa para portadores dos genótipos 2 e 3, HIV positivos, portadores de insuficiência renal. Para pacientes com contra-indicação para realização de biópsia hepática deve-se informar a razão (portadores de coagulopatia congênita ou com risco aumentado de hemorragia). - Genotipagem do HCV – Biologia molecular (facultativo p/ pacientes HIV+) <p>Para Ribavirina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta-HCG para mulheres em idade fértil <p>Para Interferon Peguilado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HCV-RNA (quantitativo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, ALT, AST, Creatinina Periodicidade: Mensal - TSH Periodicidade: Trimestral <p>Para Ribavirina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta-HCG para mulheres em idade fértil Periodicidade: Trimestral <p>Para Interferon Alfa 2b:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HCV-RNA (quantitativo) Periodicidade: na 24ª e na 48ª semana <p>Para Interferon Peguilado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HCV-RNA (quantitativo) Periodicidade: na 12ª, 48ª e 72ª semana 	<p align="center">B17.1 (Aguda) B18.2 (Crônica)</p> <p align="center">Gastroenterologista Infectologista Hepatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
HIPERATIVIDADE E DÉFICIT DE ATENÇÃO (Protocolo Estadual) Metilfenidato 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg comp.	- Dosagem de TSH/ T4 Livre - Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato" Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg: - Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia.	- Dosagem de TSH/ T4 Livre Periodicidade: Anual - Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato" Periodicidade: Semestral	F 90.0 F 90.1 Pediatra Psiquiatra Neurologista
HIPERFOSFATEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA Sevelamer 800mg	- Dosagem sérica de fósforo; - Dosagem sérica de cálcio iônico <u>ou</u> cálcio total + albumina sérica <u>ou</u> dosagem sérica de PTH	- Dosagem sérica de Fósforo, dosagem sérica de cálcio, dosagem sérica de bicarbonato Periodicidade: mensal (não obrigatório). Deve ser de acordo com o estágio da IRC: ✓ IRC no estágio 3: a cada 12 meses ✓ IRC no estágio 4: a cada 3 meses ✓ Pacientes em diálise: mensalmente Obs.: Durante ajustes de dose, a cada 2 semanas, independentemente, do estágio	N18.0 E83.3 Nefrologista
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA Fludrocortisona 0,1 mg comp.	- 17-hidroxiprogesterona. - Dosagem de sódio e potássio <u>ou</u> dosagem Renina e Aldosterona	- Dosagem de Renina, sódio e potássio Periodicidade: Trimestral, no 1º ano de vida e, após, semestral. - Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas Periodicidade: Trimestral	E25.0 Endocrinologista
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (Mini-protocolo Estadual) Finasterida 5 mg comp.	- Dosagem de PSA - Ultrassonografia de próstata	- Dosagem de PSA - Ultrassonografia de próstata Periodicidade: Semestral	N 40 Urologista ou Andrologista
HIPERPROLACTINEMIA Bromocriptina 2,5 mg Cabergolina 0,5 mg	- Macroprolactina; - Dosagem de Prolactina; - Ressonância magnética <u>ou</u> Tomografia Computadorizada de sela túrcica. Para Cabergolina: - Ecocardiografia Transtorácica Obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana)	- Dosagem de Prolactina Periodicidade: Anual. - Ressonância Magnética de hipófise para macroprolactinoma (exceto para hiperprolactinemia idiopática ou microprolactinoma) Periodicidade: Aos 90 dias. (Após, exame semestral não obrigatório).	E22.1 Ginecologista Endocrinologista
HIPERTENSÃO PULMONAR (Mini-protocolo Estadual) Sildenafil 20 mg comp. revestido	- Ecocardiografia Transtorácica ou Cateterismo cardíaco		I 27.0 I 27.2 Cardiologista Pediatra Pneumologista
HIPOPARATIROIDISMO Calcitriol 0,25 mcg cápsula	- Dosagem de cálcio total e iônico - PTH - Fósforo e magnésio - Taxa de filtração glomerular estimada	- Dosagem de cálcio total, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses, após, semestral.	E20.0/E20.1/E20.8 E89.2 Endocrinologista

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
ICTIOSES HEREDITÁRIAS Acitretina 10 e 25mg cápsula	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase alcalina; Bilirrubinas; - Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO; - Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos - Uréia; Creatinina; - Glicose; Hemograma completo; - B-HCG; - EAS; - Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL e triglicerídeos Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO Periodicidade: Trimestral Para Crianças (até 19 anos) - Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea Periodicidade: Anual - Densitometria óssea em maiores 60 anos. Periodicidade: Anual 	<p align="center"> Q80.0 Q80.1 Q80.2 Q80.3 Q80.8 </p> <p align="center">Dermatologista</p>
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS Imunoglobulina Humana 2,5g; 5g e 6g F/A	<ul style="list-style-type: none"> - Linfócitos B; Dosagem de IgG total, IgA, IgM, IgE; Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B; - Dosagem dos anticorpos pós- vacinais (anti - tétano, anti - difteria), anti – rubéola, anti – hepatite B, anti– sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacarídes do pneumococo (pré e pós vacinais); - Hemograma, Uréia e Creatinina; ALT, AST, TP e Albumina; Anti – HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EQU. Periodicidade: Trimestral 	<p align="center"> D80.0 / D80.1 / D80.3 D80.5 / D80.6 / D80.7 D80.8 D83.0 / D83.2 D83.8 </p> <p align="center">Imunologista e Geneticista</p>
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA Azatioprina 50 mg comp. Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg comp. e 100mg/ml sol. Oral Metilprednisolona 500mg F/A Micofenolato mofetil 500mg Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp. Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos 	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose. 	<p align="center">Z94.4</p> <p align="center">Hepatologista (Gastroenterologista)</p>
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral de 100 mg/ml (frascos de 50 ml). Tacrolimo: cápsulas de 1 e 5 mg. Azatioprina: comprimido de 50 mg. Micofenolato de mofetila: comprimido de 500 mg. Micofenolato de sódio: comprimidos de 180 e 360 mg. Sirolimo: drágeas de 1 e 2 mg. Everolimo: comprimidos de 0,5, 0,75 e 1 mg. Imunoglobulina humana: frascos de 0,5; 1,0; 2,5; 3,0; 5,0 e 6,0 g.	<p>Todos os pacientes que vierem a ser (ou foram) submetidos a transplante renal</p> <p>Para tratamento da rejeição aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem da creatinina sérica; - Dosagem de anticorpos específicos anti-HLA; - Alterações histológicas segundo a Classificação Internacional de Banff. <p>Para tratamento da rejeição crônica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda tardia da função do enxerto; - Dosagem de creatinina sérica; - Ultrassonografia e Doppler colorido da vasculatura do enxerto; - Exclusão de nefrotoxicidade crônica por inibidores da calcineurina; - Presença de alterações anatomopatológicas segundo critérios definidos por Banff. 	<p>Para: Azatioprina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo Periodicidade: semanal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico. <p>Para: Ciclosporina</p> <ul style="list-style-type: none"> - A dosagem sérica de Ciclosporina, pressão arterial e realização de hemograma e dosagens séricas de glicose, creatinina, lipídeos e eletrólitos Periodicidade: Conforme critério médico <p>Para: Tacrolimo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de Tacrolimo Periodicidade: Intervalo semanal nos primeiros 3 meses, mensal no primeiro ano e após a cada 2 a 3 meses. - Monitorização da pressão arterial e realização de hemograma e dosagens séricas de glicose, creatinina, lipídeos, eletrólitos e enzimas hepáticas. Periodicidade: Conforme critério médico <p>Para: Sirolimo e everolimo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de sirolimo e everolimo, monitorização da pressão arterial e das dosagens séricas da glicose, creatinina, lipídeos e eletrólitos. Periodicidade: Conforme critério médico. 	<p align="center"> Z94.0 T86.1 </p> <p align="center">Nefrologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
INFERTILIDADE FEMININA ASSOCIADA A ANOVULAÇÃO (Mini-protocolo Estadual) Clomifeno 50 mg comp.	- Histerossalpingografia - Dosagem de estradiol - Beta HCG - T4 Livre/ TSH - TGO/TGP - Fosfatase Alcalina	- Beta HCG Periodicidade: Mensal	N97.0 Ginecologista e Obstetra
INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA (DOENÇA DE ADDISON) Fludrocortisona 0,1 mg comprimido	- Cortisol e ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250 mg de ACTH <u>ou</u> Renina e Aldosterona.	- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio Periodicidade: Semestral - Solicitar registros das medidas de pressão arterial Periodicidade: Trimestral	E27.1 E27.4 Endocrinologista
INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA Pancreatina 10.000 UI e 25.000 UI cápsula Pancrelipase 4.500 UI, 12.000 UI, 18.000 UI e 20.000UI cápsula	- Dosagem fecal de gorduras; - Raio X simples de abdômen <u>ou</u> Ultrasonografia de abdômen <u>ou</u> Tomografia computadorizada de abdômen <u>ou</u> Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) <u>ou</u> laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total. Obs: Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorréia).	- Anamnese e avaliação do IMC. Periodicidade: Semestral	K86.0 K86.1 K90.3 Gastroenterologista
LEIOMIOMA DO ÚTERO Gosserrelina 10,8 mg Leuprorrelina 3,75 mg	- Ultrassonografia <u>ou</u> Ressonância magnética <u>ou</u> Laparoscopia	- Ultrassonografia e hemograma Periodicidade: Trimestral	D25.0 D25.1 D25.2 Ginecologista e Obstetra
MIASTENIA GRAVIS Azatioprina 50mg comp. Ciclosporina comp. 25mg, 50mg, 100mg e sol. oral 100mg/mL Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g e 6g F/A Piridostigmina 60mg comp.	- Eletroneuromiografia <u>ou</u> Teste imunológico anticorpo anti-receptor de Acetilcolina Para Imunoglobulina: - Controle de IgA	Para Azatioprina: - Hemograma, ALT e AST Periodicidade: Mensal Para Ciclosporina: - Nível sérico de ciclosporina, potássio, magnésio e creatinina Periodicidade: Trimestral Para Imunoglobulina: - Creatinina Periodicidade: Trimestral	G70.0 Neurologista (só para abertura)
OSTEODISTROFIA RENAL Calcitriol 0,25 mcg cápsula Desferroxamina 500 mg F/A	Para Calcitriol: - Cálcio sérico ou iônico - Fósforo sérico - PTH - Creatinina sérica - Laudo médico (LME campo 11) informando estágio da DRC Para Desferroxamina: - Alumínio sérico - Teste da desferroxamina ou biópsia óssea - Creatinina sérica - Laudo médico (LME campo 11), informando estágio da DRC do paciente e se está em programa de hemodiálise, sinais e sintomas clínicos de intoxicação por alumínio.	Para Calcitriol: - cálcio sérico ou iônico Periodicidade: mensal - fósforo sérico Periodicidade: mensal - PTH Periodicidade semestral Para Desferroxamina: - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica Periodicidade: Anual	N25.0 Nefrologista ou Endocrinologista

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p align="center">OSTEOPOROSE</p> <p>Calcitonina 200UI/dose spray nasal</p> <p>Raloxifeno 60mg comp.</p> <p>Pamidronato 30 e 60 mg F/A</p>	<p>- Densitometria óssea recente (máx. 1 ano);</p> <p>- Calcemia;</p> <p>- Calcíúria de 24 horas.</p>	<p>- Calcíúria Periodicidade: Semestral</p> <p>- Calcemia e teste de função renal Periodicidade: Anual; serão também exigidos quando houver alteração da calcíúria.</p> <p>- Densitometria Óssea Periodicidade: No primeiro ano e após, a cada 2 anos.</p> <p>Para Raloxifeno: Perfil Lipídico, - Hemograma e Bioquímica do sangue Periodicidade: Anual</p>	<p>M80.0 / M80.1 / M80.2 M80.3 / M80.4 / M80.5 M80.8 M81.0 / M81.1 / M81.2 M81.3 / M81.4 / M81.5 M81.6 / M81.8 M82.0 / M82.1 / M82.8</p> <p align="center">Ortopedista Reumatologista Ginecologista</p>
<p align="center">PSORÍASE GRAVE</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp.</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg caps.</p> <p>Ciclosporina 100mg/ml sol. Oral 25mg; 50mg e 100mg caps</p>	<p>- Histopatológico</p> <p>Para Acitretina: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Perfil Lipídico, ALT, AST, Fosfatase Alcalina, GGT</p> <p>Para Metotrexato: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, ALT, AST, Fosfatase Alcalina e GGT</p> <p>Para Ciclosporina: - Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Uréia e Creatinina.</p>	<p>Para Acitretina: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Perfil Lipídico, ALT, AST, Fosfatase Alcalina e GGT. Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>Para Metotrexato: - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, ALT, AST, Fosfatase Alcalina, GGT. Periodicidade: Mensal</p> <p>Para Ciclosporina: - Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Uréia, Creatinina Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">L40.0 L40.1 L40.4 L40.8</p> <p align="center">Dermatologista</p>
<p align="center">PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO</p> <p>Lamivudina 150mg comp.</p> <p>Imunoglobulina anti-Hepatite B 500UI e 600UI - frasco</p>	<p>Para paciente com previsão de transplante para os próximos 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doença hepática Crônica Terminal por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> HBsAg (+) HBeAg (Quando HBeAg(-) teste de quantificação de DNA-HBV) <p align="center">Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> Hepatite fulminante por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> Anti-HBc IgM (+) quando hepatite hepatite fulminante por vírus B. <p>Para paciente pós – transplantado:</p> <p>- Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase (não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-) HBsAg, Anti – HBcIgM.</p>	<p>- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase, Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês</p> <p>- Anti – HBs, ALT e AST Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B.</p> <p>- HBsAg Periodicidade: Semestral (não obrigatório).</p>	<p align="center">B18.0 B18.1 B16.0 B16.2</p> <p align="center">Infectologista Gastroenterologista Hepatologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg ser. preenchida</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg F/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, e especificar o tempo de evolução entre os estágios; - Velocidade de crescimento no último ano (avaliada em 12 meses); - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Altura dos pais biológicos; - Raio X de mãos e punhos para a idade óssea, com laudo; - Ressonância Magnética de Sela Turca para todos os meninos e para as meninas de até 08 anos; - Ultrassonografia pélvica para meninas; - Dosagem de LH, FSH; - Dosagem de BhCG para meninos; - Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, este exame só pode ser dispensado em meninos com LH basal em nível puberal independente da idade, ou em meninas menores de 03 anos com LH basal em nível puberal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Raio X de Mãos e Punhos para avaliação da idade óssea Periodicidade: Anual - Curva de crescimento e Velocidade de Crescimento. Peso, altura e estadiamento puberal de Tanner Periodicidade: Trimestral - Dosagem de LH 30 minutos após GnRH ou 60 minutos após leuprorrelina Periodicidade: no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose. 	<p style="text-align: center;">E22.8</p> <p style="text-align: center;">Endocrinologista</p>
<p>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imunoglobulina humana intravenosa: ampolas com 0,5; 1,0; 2,5; 3; 5 e 6 g - Ciclofosfamida: drágeas de 50 mg -Azatioprina: comprimidos de 50 mg <p>-Ciclofosfamida 50 mg drg.</p> <p>-Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>-Danazol 100 mg cáps.</p> <p>-Vincristina 1 mg/mL F/A</p> <p>Aguardando publicação da Tabela</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contagem de Plaquetas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo Periodicidade: A cada 3 meses. Para Azatioprina: - TGO e TGP Periodicidade: A cada 2 meses. Para Ciclofosfamida: - Hemograma e creatinina Periodicidade: Mensal 	<p style="text-align: center;">D69.3</p> <p style="text-align: center;">Hematologista</p>
<p>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA</p> <p>Calcitriol 0,25 mcg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cálcio Sérico - Excreção de Cálcio - Fósforo Sérico - Fósforo urinário - 25-Hidroxivitamina D - Fosfatase Alcalina - PTH - Raios-X de Antebraço e Joelho 	<ul style="list-style-type: none"> - Cálcio Sérico, Excreção de Cálcio Fósforo Sérico, Fosfatase Alcalina, PTH Periodicidade: Mensal até manutenção do tratamento. Após, trimestral. - Raios-X das áreas afetadas Periodicidade: após o 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, conforme orientação médica. 	<p style="text-align: center;">E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p style="text-align: center;">Endocrinologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>RETOCOLITE ULCERATIVA</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p> <p>Mesalazina 400 mg e 500mg comp</p> <p>250mg e 1000mg supositório</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25 mg; 50 mg e 100 mg cáps.</p>	<p>- Diagnóstico endoscópico ou histopatológico de Retocolite Ulcerativa - Colonoscopia</p> <p>Para Sulfassalazina:</p> <p>- Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU.</p> <p>Para Mesalazina:</p> <p>- Uréia, Creatinina e EQU.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma Completo, ALT, AST.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio.</p>	<p>Para Sulfassalazina:</p> <p>- Hemograma, ALT, AST, Creatinina, EQU</p> <p>Periodicidade: Mensal, nos 3 primeiros meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>Para Mesalazina:</p> <p>- Uréia, Creatinina e EQU</p> <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Azatioprina:</p> <p>- Hemograma Completo, ALT E AST</p> <p>Periodicidade: Mensal. Após 6 meses de tratamento, ALT e AST devem ser exigidos trimestralmente.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio</p> <p>Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">K51.0 K51.1 K51.2 K51.3 K51.4</p> <p align="center">Gastroenterologista Proctologista</p>
<p>SINDROME DE GUILLAIN-BARRE</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g e 6 g F/A</p>	<p>- Dosagem de creatinina e uréia</p> <p>Exames facultativos (confirmação diagnóstica):</p> <p>- Análise do Líquido Cefaloraquidiano</p> <p>- Estudo Eletrofisiológico típico</p>		<p align="center">G61.0</p> <p align="center">Neurologista</p>
<p>SINDROME DE TURNER</p> <p>Somatropina 4 UI pó p/ solução injetável F/A</p>	<p>- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;</p> <p>- Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos.</p> <p>- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.</p>	<p>- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner</p> <p>Periodicidade: Semestral</p> <p>- Glicemia de jejum, TSH,</p> <p>- Raio X de mãos e punhos p/ Idade Óssea</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <p>- IGF-1 (Fator de crescimento insulina símile)</p> <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p align="center">Q96.0 Q96.1 Q96.2 Q96.3 Q96.4 Q96.4 Q96.8</p> <p align="center">Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra</p>
<p>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO</p> <p>Ciproterona 50 mg comp.</p>	<p>- Nível sérico de testosterona <u>ou</u> Ultrassonografia pélvica;</p> <p>- 17-hidroxiprogesterona, prolactina sérica, glicemia de jejum e após sobrecarga de glicose, sulfato de dehidroepiandrosterona, TSH, colesterol total, HDL e triglicérides;</p> <p>- TGO, TGP e bilirrubinas</p>	<p>- TGO, TGP e bilirrubinas</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p align="center">E28.0 E28.2 L68.0</p> <p align="center">Ginecologia Endocrinologia</p>
<p>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drg.</p> <p>CICLOSPORINA: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/ml 200 ml.</p>	<p>- Biópsia renal;</p> <p>- Creatinina.</p>	<p>- Proteinúria 24 horas, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicérides, EAS, hemograma completo e glicose</p> <p>Periodicidade: A cada 3 meses</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- Hemograma completo, TGO, TGP</p> <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>- Creatinina</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <p>- Dosagem do fármaco e Creatinina</p> <p>Periodicidade: Mensal</p>	<p align="center">N04.0 N04.1 N04.2 N04.3 N04.4 N04.5 N04.6 N04.7 N04.8</p> <p align="center">Nefrologista</p>

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES Metilprednisolona 500mg Amp Ciclosporina 10, 25, 50 e 100mg Comp Ciclosporina 10mg/ml Sol Oral Ciclofosfamida 50mg Drag Tacrolimo 1 e 5mg Caps	- Proteinúria; - Albumina; - Lipídios; - Biópsia renal.	- Albumina sérica - Lipídios - Hemograma - Glicose - EQU - Creatinina sérica - Proteinúria Periodicidade: Trimestral A solicitação de outros exames deve ser individualizada	N04.0 N04.1 N04.2 N04.3 N04.4 N04.5 N04.6 N04.7 N04.8 Nefrologista
SOBRECARGA DE FERRO Desferroxamina 500 mg F/A Deferiprona 500 mg comp. Deferasirox 125 mg; 250 mg e 500 mg comp.	- Ferritina sérica. Para Deferiprona : - Hemograma	- Ferritina sérica ou excreção urinária de ferro Periodicidade: Trimestral Para Deferiprona : - Hemograma Periodicidade: Mensal	T45.4 Hematologista
TRANSPLANTE RENAL Azatioprina 50mg comp. Ciclosporina 25mg; 50mg e 100mg comp. e 100mg/ml sol. Oral Everolimo 0,5mg e 1 mg Metilprednisolona 500mg F/A Micofenolato mofetil 500mg Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp. Sirolimo 1mg e 2mg drágea e 1mg/ml frasco Tacrolimo 1mg e 5mg comp.	Não são exigidos exames iniciais.	Para Ciclosporina, Tacrolimo e Sirolimo : Dosagem sérica da referida medicação, quando houver ajuste de dose.	Z94.0 T86.1 Nefrologista
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (Mini-protocolo Estadual) Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml Seringas preenchidas	- Contagem de plaquetas.		I 25.3 / I 25.4 I 48 I 74 I 81 I 82.0 / I 82.1 / I 82.2 I 82.3 / I 82.8 / I 82.9 D 68.8 / D 68.9 Z 95.2
UVEÍTES POSTERIORES NÃO INFECCIOSAS (DOENÇA DE BEHÇET) Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg comp. 100mg/ml sol. oral Azatioprina 50 mg comp.	- Diagnóstico Clínico.	Para Ciclosporina : Creatinina, Uréia, Pressão Arterial Periodicidade: Mensal Sódio, Potássio, Ácido Úrico, Triglicerídeos, Colesterol total, colesterol HDL, TGO, TGP. Periodicidade: Trimestral Para Azatioprina : Hemograma Completo, ALT, AST. Periodicidade: Mensal	H30.0 H30.1 H30.2 H30.8 Oftalmologista