



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
			<b>DADOS PESSOAIS:</b> CNS; RG; CPF; DATA DE NASCIMENTO; SEXO; NOME DA MÃE; CEP; LOGRADOURO; UF; MUNICÍPIO E TELEFONE. <b>LME DEVIDAMENTE PREENCHIDA PELO MÉDICO;</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA;</b> <b>TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE</b>	<b>LME DEVIDAMENTE PREENCHIDA PELO MÉDICO; * PRESCRIÇÃO MÉDICA E TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE*</b>	
Acne grave	I70.0 acne vulgar I70.1 acne conglobata I70.8 outras formas de acne	Isotretinoína 10 mg cap grupo 2 Isotretinoína 20 mg cap grupo 2	Especialidade Médica - Dermatologista  Triglicerídeos séricos Transferases/transaminases hepáticas (tgo/tgp) Colesterol total Teste de gravidez (sexo feminino em idade fértil)	Especialidade Médica - Dermatologista  Triglicerídeos séricos – a cada 6 meses Transferases/transaminases (tgo/tgp) – a cada 6 meses; Teste de gravidez (sexo feminino em idade fértil) - mensal	
Acromegalia	E22.0 acromegalia e gigantismo hipofisário	Cabergolina 0,5 mg comp grupo 1.a Lanreotida 120 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Lanreotida 60 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Lanreotida 90 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.b Octreotida lar 10 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.b Octreotida lar 20 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Octreotida lar 30 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Octreotida 0,1 mg/ml sol inj (amp) grupo 1.b	Especialidade Médica - Endocrinologista  Igf-1 e de gh; Cópia do exames de imagem tomografia computadorizada ou ressonância computadorizada de sela túrcica; Cópia do exame de glicose de jejum Cópia do exame de testosterona total (homem) Cópia do exame de cortisol, tsh, t4 livre, prolactina, lh, fsh A critério do perito; tomografia computadorizada de tórax ou de abdômen	Especialidade Médica - Endocrinologista  Cópia do exame de igf-1 e gh após sobrecarga de glicose – a cada 6 meses Cópia do exame de igf-1 e gh sem sobrecarga de glicose (paciente diabético) – a cada 6 meses Cópia do exame de tomografia computadorizada ou ressonância computadorizada de sela túrcica – a cada 12 meses	
Anemia aplástica adquirida	D61.1 anemia aplástica induzida por drogas D61.2 anemia aplástica devida a outros agentes externos D61.3 anemia aplástica idiopática D61.8 outras anemias aplásticas especificadas	Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2	Especialidade Médica - Hematologista  Cópia do exame de contagem de reticulócitos Cópia do exame de hemograma Cópia do exame de dosagem de hemoglobina (hemograma) Cópia do exame de dosagem de vitamina b12 Cópia do exame de dosagem de ácido fólico (folato) Cópia do exame de mielograma Infecções virais ativas (hiv, vhb, vhc)	Especialidade Médica - Hematologista  Cópia do exame de hemograma – a cada 3 meses Cópia do exame de dosagem de hemoglobina (hemograma) - a cada 3 meses	
Anemia aplástica, mielodisplasia e neutropenias constitucionais - uso de fatores estimulantes de crescimento de colônias de neutrófilos - neutropenia	D46.0 anemia refratária sem sideroblastos D46.1 anemia refratária com sideroblastos D46.7 outras síndromes mielodisplásicas D61.0 anemia aplástica constitucional D61.1 anemia aplástica induzida por drogas D61.2 anemia aplástica devida a outros agentes externos D61.3 anemia aplástica idiopática D61.8 outras anemias aplásticas especificadas D70 agranulocitose Z94.8 outros órgãos e tecidos transplantados	Filgrastim 300 mcg sol inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a	Especialidade Médica - Hematologista, Médico Assistente  Cópia do exame de hemograma Cópia exame de tgo e tgp	Médico Assistente  Cópia do exame de hemograma – a cada 6 meses Cópia exame de tgo e tgp - a cada 6 meses	
			Especialidade Médica - Nefrologista	Especialidade Médica - Nefrologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Anemia em pacientes com insuficiência renal crônica - alfaepoetina	N18.0 doença renal em estágio final N18.8 outra insuficiência renal crônica	Alfaepoetina 1.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 10.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 2.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 3.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Alfaepoetina 4.000 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Sacarato de hidróxido férrico 100 mg sol inj (fr) 5 ml grupo 1.b	Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica Cópia do exame de dosagem de hemoglobina (hemograma) Cópia do exame de saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro) Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)	Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica – a cada 6 meses Cópia do exame de dosagem de hemoglobina (hemograma) – a cada 6 meses Cópia do exame de saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro) – a cada 6 meses	
Anemia em pacientes com insuficiência renal crônica - reposição de ferro	N18.0 doença renal em estágio final N18.8 outra insuficiência renal crônica	Sacarato de hidróxido férrico 100 mg sol inj (fr) 5 ml grupo 1.b	<b>Nefrologista</b>  Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica Relato médico informando se paciente encontra-se em tratamento conservador diálise peritoneal ou hemodiálise A critério do perito; Cópia do exame de dosagem de hemoglobina (hemograma) Cópia do exame de saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro) Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela Creatinina sérica)	<b>Nefrologista</b>  Hemograma trimestral Ferritina sérica, saturação de transferrina mensal até atingir alvo terapêutico, depois semestral.	
Anemia hemolítica autoimune	D59.0 anemia hemolítica autoimune induzida por droga D59.1 outras anemias hemolíticas autoimunes	Imunoglobulina humana 0,5 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 1 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 2,5 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 3 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a Imunoglobulina humana 6 g inj (fr) grupo 1.b  Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2	<b>Especialidade Médica - Hematologista</b>  Hemograma completo; Teste de coombs direto; Reticulócitos; Dosagem de haptoglobina; Creatinina Dosagem de desidrogenase láctica (dhl) (opcional) Teste de donath-landsteiner (opcional)	<b>Especialidade Médica - Hematologista</b>  Hemograma ou reticulócitos ou dosagem de haptoglobina ou dhl - trimestral.  Para imunoglobulina: Creatinina, - hemograma trimestral. Para ciclofosfamida: Hemograma completo mensal ou se mudança de dose; Tgp e tgo - ggt - bilirrubina mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento, depois trimestral. Para ciclosporina: dosagem do fármaco, creatinina - a cada 3 meses.	
Angioedema associado à deficiência de c1 esterase	D84.1 defeito no sistema complemento	Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b	<b>Especialidade Médica - Alergista e Imunologista</b>  Anamnese, exame físico e quadro clínico compatível com aeh. Atividade de c1-inh (inibidor de c1-esterase) Dosagem de complemento ch50 (opcional) Dosagem de complemento c4 (opcional)	<b>Especialidade Médica - Alergista e Imunologista</b>  Atividade de c1-inh (inibidor de c1-esterase) primeiro mês; Hematócrito e hemoglobina; - TGP e TGO, GGT, Fosfatase alcalina, Colesterol total e frações, Triglicérides e exame qualitativo de urina. - semestral	
		Ciclosporina 10 mg cap grupo 2	<b>Especialidade Médica - Hematologista</b>	<b>Especialidade Médica Hematologista</b>	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha	D60.0 aplasia pura adquirida crônica da série vermelha	Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Imunoglobulina humana 0,5 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 1 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 2,5 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 3 g inj (fr) grupo 1.b Imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a Imunoglobulina humana 6 g inj (fr) grupo 1.b	Hemograma completo; Reticulócitos; Laudo de biópsia de medula óssea; Creatinina; Anti-hcv e Anti-hiv (opcional) Fator anti-nuclear (fan) (opcional) Laudo de tomografia computadorizada de tórax (opcional) Biópsia e aspirado de medula óssea (opcional)	Ciclofosfamida: Hemograma completo - mensal ou se mudança de dose. - TGP e TGO, GGT e Bilirrubinas –mensal até 6 meses, após trimestral. <b>Ciclosporina:</b> Creatinina - mensal <b>Imunoglobulina:</b> Creatinina, Hemograma -trimestral	
Artrite psoriásica	M070 artropatia psoriática interfalangiana distal M072 espondilite psoriásica M073 outras artropatias psoriáticas	Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Etanercepte (biossimilar bio-manguinhos) 50 mg sol inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (pfizer/enbrel®) 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Secuquinumabe 150 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a	<b>Especialidade Médica - Reumatologista ou médico com experiência na doença</b>  Exame de VHS Exame de PCR Hemograma (contagem de plaquetas) Exame de dosagem de creatinina sérica Cópia do laudo de ressonância magnética ou raio x Exame TGP e TGO Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR) OU Escala Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA) Exame de anti-HCV Exame de anti-HIV Exame de HBsAg Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) Radiografia de tórax Carteira de Vacinação (imunobiológicos)	<b>Especialidade Médica - Reumatologista ou médico com experiência na doença</b>  Exame de VHS Exame de PCR Hemograma (contagem de plaquetas) Exame de dosagem de Creatinina sérica Exame TGP e TGO Periodicidade: A cada 6 meses  Exame de anti-HCV Exame de anti-HIV Exame de HBsAg <b>Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)</b> Radiografia de tórax Periodicidade: Anual	Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) , uma vez realizado não há necessidade??
Artrite reativa	M02.3 doença de reiter	Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2	<b>Especialidade Médica - Reumatologista ou médico com experiência na doença</b>  Líquido sinovial (verificar obrigatoriedade) Hemograma completo; VSG (Velocidade Sedimentação Globular); PCR (Proteína C reativa);	<b>Especialidade Médica - Reumatologista ou médico com experiência na doença</b>  Hemograma completo; VSG (Velocidade Sedimentação Globular); Urina (Tipo 1) Periodicidade: no primeiro mês, e após, a cada 6 meses	
		Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2	<b>Reumatologista ou médico com experiência na doença (para MMCD não Biológico qualquer clínico)</b>	<b>Reumatologista ou médico com experiência na doença (para MMCD não Biológico qualquer especialidade/clínico)</b>	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Artrite reumatoide	M05.0 Síndrome de Felty 3 M05.1 Doença reumatoide do pulmão – M05.2 Vasculite reumatoide M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas M05.8 Outras artrites reumatóides soropositivas M06.0 Artrite reumatoide soronegativa M06.8 Outras artrites reumatóides especificadas	Naproxeno 300 mg comp grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Cloroquina 150 mg comp grupo 2 Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Abatacepte 125 mg/ml sol inj (ser preenc) 1 ml grupo 1.a Abatacepte 250 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Rituximabe 500 mg sol inj (fr-amp) 50 ml grupo 1.a Tocilizumabe 20 mg/ml sol inj (fr-amp) 4 ml grupo 1.a Tofacitinibe 5 mg comp grupo 1.a	Hemograma (contagem de plaquetas) BASDAI ou SDAI ou CDAI Exame de VHS Exame TGP e TGO Exame de dosagem de creatinina sérica Exame de PCR Exame de anti-HCV Exame de anti-HIV Exame de HBsAg Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) Radiografia de tórax Beta hcg (mulher em idade fértil)? Exames complementares Ultrassonografia ou ressonância magnética Fator reumatoide  Carteira de Vacinação (imunobiológicos)	DAS 28 : trimestral Hemograma (contagem de plaquetas) Dosagem de creatinina sérica Exame TGP e TGO Periodicidade: no primeiro trimestre, e após, a cada 6 meses  <b>Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)</b> Radiografia de tórax Periodicidade: Anual	Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) , uma vez realizado não há necessidade??
Artrite idiopática juvenil	M08.0 Artrite reumatoide juvenil M08.1 Espondilite anquilosante juvenil M08.2 Artrite juvenil com início sistêmico M08.3 AIJ poliarticular juvenil M08.4 Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular) M08.8 Outras artrites juvenis M08.9 Artrite juvenil não especificada	Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Ciclosporina 100 mg cap grupo 2 Ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 Ciclosporina 25 mg cap grupo 2 Ciclosporina 50 mg cap grupo 2 Ciclosporina 10 mg cap grupo 2 Cloroquina 150 mg comp grupo 2 Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 Sulfassalazina 500 mg comp grupo 2 Leflunomida 20 mg comp grupo 1.a Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Abatacepte 250 mg pó p/ susp inj (fr-amp) grupo 1.a Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Tocilizumabe 20 mg/ml sol inj (fr-amp) 4 ml grupo 1.a	Reumatologista ou médico com experiência na doença.  DAS 28 ou SDAI ou CDAI - Hemograma - Exame de VHS - Exame de PCR - Detecção do HLA B27 - Fator Reumatóide - Exame de anti-HCV - Exame de anti-HIV Exame de HBsAg - Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)  Carteira de Vacinação (imunobiológicos)  Complementares ou obrigatórios?  <b>Fator anti-nuclear (FAN)</b>	Reumatologista ou médico com experiência na doença (para MMCD não Biológico qualquer especialidade/clínico)  DAS 28 ou SDAI ou CDAI - Hemograma (contagem de plaquetas) - Dosagem de creatinina sérica - Exame TGP e TGO Periodicidade: no primeiro trimestre, e após, a cada 6 meses  <b>Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)</b> - Radiografia de tórax Periodicidade: Anual	Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) , uma vez realizado não há necessidade??
			Especialidade Médica - Pneumologista	Especialidade Médica - Pneumologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Asma	J45.0 Asma predominante alérgica J45.1 Asma não alérgica J45.8 Asma mista	Budesonida 200 mcg cap inal grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 100 doses) grupo 2 Budesonida 200 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Budesonida 400 mcg cap inal grupo 2 Fenoterol 100 mcg aer bucal (fr de 200 doses) grupo 2 Formoterol + budesonida 12 + 400 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol + budesonida 6 + 200 mcg cap inal grupo 2 Formoterol + budesonida 6 + 200 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Formoterol 12 mcg cap inal grupo 2 Formoterol 12 mcg pó inal (fr de 60 doses) grupo 2 Salmeterol 50 mcg pó inal ou aer bucal (fr de 60 doses) grupo 2	Para maiores de 5 anos: Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) ou teste de hiperresponsividade brônquica.	Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) ou teste de hiperresponsividade brônquica. Periodicidade: Anual	
Atrofia Medular Espinhal 5Q TIPO I	G12.0	Nusinersena 2,4 mg/ml solução injetável 5 ml grupo 1.a	Especialidade Médica - Pediatra, Neurologista ou Geneticista.  Pacientes com solicitação da medicação deverão obrigatoriamente passar por avaliação médica com médico da unidade CRIDAC. (aplicações serão realizadas especificamente na unidade Santa Casa)  Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA)  Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipo I em uso de nusinersena	Especialidade Médica - Pediatra, Neurologista ou Geneticista.  N/A	
Atrofia Medular Espinhal 5Q TIPO II	A DEFINIR	A DEFINIR	A DEFINIR	A DEFINIR	
Comportamento agressivo no transtorno do espectro do autismo	F84.0 Autismo infantil F84.1 Autismo atípico F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento	Risperidona 1 mg comp grupo 1.b Risperidona 1 mg/ml sol oral (fr) 30 ml grupo 1.b Risperidona 2 mg comp grupo 1.b Risperidona 3 mg comp grupo 1.b	Especialidade Médica - Psiquiatra, Neuro?  Hemograma completo; Dosagens de colesterol total e frações (HDL, LDL) - Triglicerídeos; Glicemia de jejum; Dosagem de prolactina	Especialidade Médica - Psiquiatra  Hemograma completo; Dosagens de colesterol total e frações (HDL, LDL) - Triglicerídeos; Glicemia de jejum; Periodicidade: no primeiro trimestre, e após, anualmente.  Dosagem de prolactina Periodicidade: Anual	
			Hepatologista	Hepatologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Colangite biliar primária	K74.3	Ácido ursodesoxicólico 150 mg comp grupo 1.b Ácido ursodesoxicólico 300 mg comp grupo 1.b Ácido ursodesoxicólico 50 mg comp grupo 1.b	Exame de contagem das enzimas colestáticas; Exame de pesquisa de anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN); Evidência histológica de colangite destrutiva não supurativa;  Complementares?  Avaliação não-invasiva por imagem do fígado e da árvore biliar (Ultrassonografia OU Tomografia Computadorizada OU Ressonância Magnética OU Colangioproressonância OU Colangiopancreatografia retrógrada	Fosfatase alcalina Bilirrubina; AST, ALT Albumina Plaquetas Periodicidade: Anualmente	
Deficiência do hormônio do crescimento (hipopituitarismo)	E23.0	Somatropina 12 ui sol inj ou pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Somatropina 16 ui sol inj (fr-amp) grupo 1.a Somatropina 4 ui sol inj ou pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Especialidade Médica - Endocrinologista  Anamnese; Tratamentos prévios; Dose inicial de GH por quilo de peso por dia; Informar peso e comprimento ao nascer, idade gestacional e altura mediana dos pais biológicos, peso e altura atual da criança, estágio puberal; Velocidade de Crescimento no último ano OU Curva de Crescimento no último ano; Dosagem de IGF-1; Glicemia em jejum; Tsh; T4 livre; Radiografia de mãos e punhos c/ laudo médico; Testes provocativos da secreção de GH; 2 testes para GH com data e estímulos diferentes (informar se realizado priming com estradiol ou testosterona). (é a mesma coisa?) RNM da região hipotálamo-hipofisária; (em caso de não se poder realizar RNM pode ser feito TC); Cariótipo em MENINAS Teste de Estimulo de GH (clonidina ou Insulina)	Especialidade Médica - Endocrinologista  IGF-1 recente; TSH recente; Radiografia de mãos e punhos c/ laudo médico; Relatório de crescimento ao ano; T4 livre Periodicidade: Anual	
Deficiência de biotinidase	E88.9	biotina 2,5 mg cápsula grupo 1.a	Especialidade Médica - Pediatra  Exame de dosagem de biotinidase no plasma ou em papel-filtro (teste do pezinho); Atividade enzimática em plasma;  Casos especiais: Análise de DNA	Especialidade Médica - Pediatra  N/A	
Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular)	A DEFINIR	A DEFINIR	A DEFINIR  A DEFINIR	A DEFINIR  A DEFINIR	
			Especialidade Médica - Reumatologia ou de clínica médica.	Especialidade Médica - Reumatologia ou de clínica médica.	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Dermatiosite e Polimiosite	M33.0 Dermatosiose juvenil M33.1 Outras dermatiosites M33.2 Polimiosite	azatioprina 50 mg comp grupo 2 ciclosporina 10 mg cap grupo 2 ciclosporina 100 mg cap grupo 2 ciclosporina 100 mg/ml sol oral (fr) 50 ml grupo 2 ciclosporina 25 mg cap grupo 2 ciclosporina 50 mg cap grupo 2 hidroxicloroquina 400 mg comp grupo 2 metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a imunoglobulina humana 0,5 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 1 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 2,5 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 3 g inj (fr) grupo 1.b imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a imunoglobulina humana 6 g inj (fr) grupo 1.b	Laudo de Biópsia muscular Creatinofosfoquinase (CPK); aldolase, e LDH e AST/TGO e alanino-aminotransferase (ALT)/transaminase glutâmico-pirúvica (TGP); Eletromiografia; B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; Para Ciclosporina: Creatinina Para Hidroxicloroquina: Exame oftalmológico Para Metotrexato: hemograma completo, uréia e creatinina)	CPK / aldolase / LDH / TGP e TGO Periodicidade: semestral.  Para Azatioprina: Hemograma Completo, fosfatase alcalina, Periodicidade: semestral  Para Ciclosporina: Creatinina Periodicidade: Mensal ? Colesterol Total, HDL e Triglicérides, sódio e potássio Periodicidade: semestral  Para Hidroxicloroquina: Exame oftalmológico Periodicidade: Anual Hemograma completo Periodicidade: semestral;  Para Metotrexato: hemograma completo, uréia e creatinina; Periodicidade: trimestral ou semestral ?	
Diabetes insípido	E23.2 Diabete insípido	Desmopressina 0,1 mg/ml sol ou spray nas (fr) 2,5 ml grupo 1.a	Endocrinologista / Nefrologista  Exame de Osmolaridade urinária e dosagem de sódio sérico antes da administração da desmopressina; Exame de Osmolaridade e dosagem de sódio sérico urinária depois da administração da desmopressina; Ressonância magnética da região hipotalâmica-hipofisária; ? <b>exame com Volume Urinário em 24 horas; ?</b>	Endocrinologista / Nefrologista  Exame de dosagem de sódio sérico; Periodicidade: semestral	
	E10.0 diabete melito insulino-dependente - com coma		Especialidade Médica - Endocrinologista	Especialidade Médica - Endocrinologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Diabetes Mellito tipo 1	E10.1 diabetes mellito insulino-dependente - com cetoacidose E10.2 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações renais E10.3 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações oftálmicas E10.4 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações neurológicas E10.5 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas E10.6 diabetes mellito insulino-dependente - com outras complicações especificadas E10.7 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações múltiplas E10.8 diabetes mellito insulino-dependente - com complicações não especificadas E10.9 diabetes mellito insulino-dependente - sem complicações	Insulina análoga de ação rápida 100 ui/ml tubete 3 ml grupo 1.a	Hemoglobina glicada ; Glicemia aleatória maior do que 200 mg/ dL na presença de sintomas clássicos; ou Glicemia em jejum de 8 horas $\geq$ 126 mg/dL em duas ocasiões; ou Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga $\geq$ 200 mg/dL OU	Hemoglobina glicada ; Periodicidade: semestral.	
Diabetes Mellito tipo 2 - MT	E10, E11 –Conduas Terapêuticas complementares na Diabetes Mellito	Insulina asparte 100 ui/ml solução injetável com sistema de aplicação 3 ml elenco estadual Insulina glulisina 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual Insulina glargina 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual Insulina lispro 100 ui/ml solução injetável 3 ml elenco estadual Linagliptina 5 mg comprimido elenco estadual Pioglitazona, cloridrato 30 mg comprimido elenco estadual	Especialidade Médica - Endocrinologista  Hemoglobina glicada ; Glicemia em jejum;  Glicemia pós-prandial. (obrigatório?)  Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa complementar de Diabetes mellitus. Relatório médico para o programa complementar de diabetes mellitus.	Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente  Hemoglobina glicada ; Periodicidade: semestral.  Formulário para permanência no programa complementar de diabetes mellitus Periodicidade: semestral.	
			Especialidade Médica - Endocrinologista	Endocrinologista / Nefrologista / Médico Assistente	





RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Distúrbio mineral ósseo na doença renal crônica	N18.0 Doença renal em estágio final; E83.3 Distúrbios do metabolismo do fósforo; N25.0 Osteodistrofia renal.	Alfacalcidol 0,25 mcg cap grupo 2 Alfacalcidol 1 mcg cap grupo 2 Calcitriol 0,25 mcg cap grupo 2 Calcitriol 1 mcg sol inj (amp) grupo 2 Cinacalcete 30 mg comp grupo 1.a Cinacalcete 60 mg comp grupo 1.a Desferroxamina 500 mg pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Hidróxido de alumínio 230 mg comp grupo 2 Hidróxido de alumínio 300 mg comp grupo 2 Hidróxido de alumínio 61,5 mg susp oral (fr) 100 ml grupo 2 Hidróxido de alumínio 61,5 mg susp oral (fr) 150 ml grupo 2 Hidróxido de alumínio 61,5 mg susp oral (fr) 240 ml grupo 2 Paricalcitol 5 mcg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 1.a Sevelamer 800 mg comp grupo 1.a	Nefrologista  Fósforo sérico Cálcio total sérico Paratormônio (PTH) Fosfatase alcalina	Nefrologista  Fósforo sérico Cálcio total sérico Paratormônio (PTH) Periodicidade: semestral	
	F06.4 Transtornos da ansiedade orgânicos F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado		Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (caps)	Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (caps)	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Dispensação De Sertralina Para Tratamento Da Ansiedade E Depressão -MT	F32.0 episódio depressivo leve F32.1 Episódio depressivo moderado F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes F34.0 Ciclotimia: Tipificado por oscilação persistente do humor com repetidos períodos de depressão ou de leve grandeza. Entretanto nenhum deles é grave ou prolongado o bastante para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar. F34.1 Distímia: Caracterizado por queda do humor de forma crônica, perdurando por anos, mas cuja magnitude não é suficiente ou os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve. F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes. F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica] F41.1 Ansiedade generalizada	SERTRALINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL. SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL.	Formulário de diagnóstico conforme anexo I, preenchido e assinado por profissional médico	Formulário de diagnóstico conforme anexo I, preenchido e assinado por profissional médico. Periodicidade: semestral	
Dispensação de Protetor Solar destinado a pacientes Lúpicos com Definida Fotossensibilidade	M32 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico).	Protetor Solar (fator de proteção 30)	Dermatologista  Anexo I (do protocolo de dispensação de protetor solar) devidamente preenchido, evidenciando o diagnóstico de fotossensibilidade lúpica.	Dermatologista/ Clínico  Anexo I (do protocolo de dispensação de protetor solar) devidamente preenchido, evidenciando o diagnóstico de fotossensibilidade lúpica. Periodicidade: semestral	
			Neurologista /Geriatra / Psiquiatria	Neurologista /Geriatra / Psiquiatria	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Doença de alzheimer	G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce 4 G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista	Donepezila 10 mg comp grupo 1.a Donepezila 5 mg comp grupo 1.a Galantamina 16 mg cap de lib prol grupo 1.a Galantamina 24 mg cap de lib prol grupo 1.a Galantamina 8 mg cap de lib prol grupo 1.a Rivastigmina 1,5 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 18 mg adesivo transdérmico grupo 1.a Rivastigmina 2 mg/ml sol oral (fr) 120 ml grupo 1.b Rivastigmina 3 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 4,5 mg cap grupo 1.a Rivastigmina 6 mg cap grupo 1.a  Rivastigmina 9 mg adesivo transdérmico grupo 1.a Memantina, cloridrato 10 mg cap liberação controlada grupo 1.a	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR); Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo; Hemograma Sódio Potássio Glicose Uréia Creatinina Nível sérico de vitamina B12 TSH VDRL TGO /TGP HIV (em pacientes com menos de 60 anos) Ácido fólico	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). Periodicidade: Aos 3 meses de tratamento e, após, semestral.  Para Galantamina: - Creatinina; - TGP e TGO; - Fosfatase alcalina. Periodicidade: Semestral.	
Doença de crohn	K50.0 Doença de Crohn do intestino Delgado K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso K50.8 Outra forma de doença de Crohn	Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Mesalazina 400 mg comp grupo 2 Mesalazina 500 mg comp grupo 2 Mesalazina 800 mg comp grupo 2 Metilprednisolona 500 mg pó liof inj (amp) grupo 2 Sulfasalazina 500 mg comp grupo 2 Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a	Gastroenterologista, Proctologista  Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) Colonoscopia - Laudo do Anatomopatológico Rx de tórax (adalimumabe, infliximabe e certolizumabe) Teste de Mantoux Ou IGRA (adalimumabe, infliximabe e certolizumabe) Hemograma PCR VHS TC ou RM (obrigatório???) Para metotrexato: B-HCG sérico para mulheres em idade fértil  Para Sulfasalazina e Mesalazina também: EAS e creatinina	Gastroenterologista, Proctologista  Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) Hemograma; TGP e TGO Periodicidade: Semestral, e quando houver mudança de dose.  Para Sulfasalazina e Mesalazina: creatinina; Periodicidade: semestral  Para Metotrexato: fosfatase alcalina e creatinina Periodicidade: Semestral	Mesalazina quant. max 4G diario
Doença de gaucher	E75.2 Outras esfingolipidoses – doença de Gaucher	alfataliglicerase 200 ui pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a alfaveliglicerase 200 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a alfaveliglicerase 400 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a imiglucerase 200 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a miglustate 100 mg cap grupo 1.a imiglucerase 400 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Hematologista  Exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica. Atividade enzimática da beta-glicosidase em leucócitos ou fibroblastos Análise molecular do Gene GBA1 Hemograma e Plaquetas. Ferritina, AST/TGO, ALT/TGP, GGT, tempo de protrombina Ultrassonografia ou ressonância magnética de abdômen. Densitometria óssea (a partir dos 19 anos). Eletroforese de proteínas Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em anteroposterior e de ossos longos. Dosagem de vitamina B12. Radiografia de tórax, espirometria e ecocardiografia (obrigatórios??)	Hematologista  Hemograma e Plaquetas. Dosagem de vitamina B12.  Periodicidade: Semestral  Ferritina, AST/TGO, ALT/TGP, GGT, tempo de protrombina Periodicidade: anual	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Doença de paget	M88.0 / M88.8	Calcitonina 100 ui sol inj (amp) grupo 2 Calcitonina 200 ui por dose spray nas (fr) grupo 2 Calcitonina 50 ui sol inj (amp) grupo 2 Riseditronato 35 mg comp grupo 2 Riseditronato 5 mg comp grupo 2	Reumatologista Ortopedista Endocrinologista  Dosagem de Fosfatase alcalina sérica; a dosagem de Cálcio sérico - AST/TGO, ALT/TGP; - Bilirrubinas total e frações; - Dosagem de Paratormônio (PTH); - Cintilografia óssea e/ou radiografia; - <b>BIÓPSIA ÓSSEA/EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO</b> (obrigatório????)	Reumatologista Ortopedista Endocrinologista  N/A	
Doença de Parkinson	G20 Doença de Parkinson	Amantadina 100 mg comp grupo 1.b Bromocriptina 2,5 mg comp grupo 1.b Entacapona 200 mg comp grupo 1.a Pramipexol 0,125 mg comp grupo 1.a Pramipexol 0,25 mg comp grupo 1.a Pramipexol 1 mg comp grupo 1.a Rasagilina 1 mg comprimido grupo 1.a Selegilina 10 mg comp grupo 1.b Selegilina 5 mg comp grupo 1.b Tolcapona 100 mg comp grupo 1.b Triexifenidil 5 mg comp grupo 1.	Especialidade Médica - Neurologista, Geriatria e Psiquiatria  N/A	Neurologista, Geriatria e Psiquiatria  Para Bromocriptina: Ecocardiograma Periodicidade: Anual - Para Tolcapone: TGP e TGO Periodicidade: Trimestral	
Doença de pompe	E 74.0 - Doença de depósito de glicogênio	alfa-glicosidase 50 mg pó liofilizado para solução injetável	Pediatria??  Exame de atividade da alfa glicosidase ácida OU Exame de análise do gene GAA Exame de creatinoquinase (CK) TRE	Pediatria??  Ecocardiograma? Dinamometria.? Avaliação com pneumologista?	
Doença de wilson	E83.0 distúrbios do metabolismo do cobre	Penicilamina 250 mg cap grupo 1.b	Neurologista e Gastroenterologista  Laudo oftalmológica descrevendo presença de anéis de Kayser-Fleisher na córnea Exame Oftalmológico (lâmpada de fenda); Teste de Combs Exame de dosagem de Ceruloplasmina Exame de dosagem de Cobre urinário; Exame da concentração Hepática de cobre Hemograma e Plaquetas	Neurologista e Gastroenterologista  Dosagem de cobre urinário de 24h Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. Dosagem de cobre sérico livre Periodicidade: semestral. EAS, Hemograma e Plaquetas Periodicidade: trimestral. TGO, TGP, bilirrubinas e fosfatase alcalina. Periodicidade: semestral.	
			Hematologista e Pediatra	Hematologista e Pediatra	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Doença falciforme	D57.0 Anemia falciforme com crise D57.1 Anemia falciforme sem crise D57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos	hidroxiuréia 500 mg cap grupo 1.b	Exame de dosagem de Hemoglobina Fetal (Eletroforese de Hemoglobina); Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; Hemograma completo e reticulócitos; Sorologias para hepatite B e C e HIV; Dosagem sérica de TGP e TGO e Creatinina Dosagem de ácido úrico. TER	Hemograma e Plaquetas; Reticulócitos; Hemoglobina F; Creatinina, TGP e TGO; Periodicidade: trimestral;	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC	J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 30 doses elenco estadual Umeclidínio, brometo 62,5 mcg pó para inalação oral 7 doses elenco estadual	Pneumologista  Plano de ação de DPOC Espirometria (com resultados pré e pós uso de broncodilatador) Escala de dispneia Modified Medical Research Council - mMRC mensura o grau da dispneia. TER  (caso necessário) Radiografia de tórax; exame de Hemograma completo; Exame de dosagem de Alfa-1 anti-tripsina sérica	Pneumologista  N/A	
Dor crônica	R52.1 Dor crônica intratável R52.2 Outra dor crônica	Codeína 3 mg/ml sol oral (fr) 120 ml grupo 2 Codeína 30 mg comp grupo 2 Codeína 30 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 2 Codeína 60 mg comp grupo 2 Gabapentina 300 mg cap grupo 2 Gabapentina 400 mg cap grupo 2 Metadona 10 mg comp grupo 2 Metadona 10 mg/ml sol inj (amp) 1 ml grupo 2 Metadona 5 mg comp grupo 2 Morfina 10 mg comp grupo 2 MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML grupo 2 Morfina 10 mg/ml sol oral (fr) 60 ml grupo 2 Morfina 100 mg cap liberação controlada grupo 2 Morfina 30 mg cap liberação controlada grupo 2 Morfina 30 mg comp grupo 2 Morfina 60 mg cap liberação controlada grupo 2	Especialidade Médica - Oncologista / Fisiatra  Para pacientes oncológicos: Biópsia; Escala EVA (dor relevante); Escala de dor LANNIS. TER	Especialidade Médica - Oncologista / Fisiatra  Escala EVA (dor relevante) Escala de dor LANNIS Periodicidade: semestral ou após cada troca de medicação;	
Endometriose	N80.0 Endometriose do útero N80.1 Endometriose do ovário N80.2 Endometriose da trompa de Falópio N80.3 Endometriose do peritônio pélvico N80.4 Endometriose do septo retovaginal e da vagina N80.5 Endometriose do intestino N80.8 Outra endometrioses	Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b Gossereлина 10,8 mg depot (ser preenc) grupo 1.b Gossereлина 3,6 mg depot (ser preenc) grupo 1.b Leuprorrelina 11,25 mg pó liof inj (ser preenc) grupo 1.b Leuprorrelina 3,75 mg pó liof inj (fr-amp) grupo 1.b Triptorrelina 11,25 mg susp inj (fr-amp) grupo 1.b Triptorrelina 3,75 mg susp inj (fr-amp) grupo 1.b	Ginecologista  Laparoscopia/aparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal; Tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ao tratamento ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada à endometriose. - exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Para Danazol: TGP e TGO Creatinina sérica	Ginecologista  Danazol: Contagem de plaquetas TGP e TGO Periodicidade: Semestral	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Epilepsia	G40.0 Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal G40.1 Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples G40.2 Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas G40.3 Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas G40.4 Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas G40.5 Síndromes epiléticas especiais G40.6 Crises de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal) G40.7 Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal G40.8 Outras epilepsies	Levetiracetam 100 mg/ml solução oral 100 ml grupo 1.a Levetiracetam 100 mg/ml solução oral 150 ml grupo 1.a Levetiracetam 250 mg comprimido grupo 1.a Levetiracetam 750 mg comprimido grupo 1.a Clobazam 10 mg comp grupo 2 Clobazam 20 mg comp grupo 2 Etossuximida 50 mg/ml xpe (fr) 120 ml grupo 2 Gabapentina 300 mg cap grupo 2 Gabapentina 400 mg cap grupo 2 Topiramato 100 mg comp grupo 2 Topiramato 25 mg comp grupo 2 Topiramato 50 mg comp grupo 2 Vigabatrina 500 mg comp grupo 2 Lamotrigina 100 mg comp grupo 2 Lamotrigina 25 mg comp grupo 2 Lamotrigina 50 mg comp grupo 2 Primidona 100 mg comp grupo 2 Primidona 250 mg comp grupo 2	Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: monoterapia. Neurologistas e neurologistas pediátricos: mono-, duo- ou politerapia (EEG e RM)  laudo do Eletroencefalograma (EEG)? Diário de registro de crises Relatório médico com descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento	Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: monoterapia. Neurologistas e neurologistas pediátricos: mono-, duo- ou politerapia (EEG e RM)  Diário de registros de crises contendo doses do medicamento em uso, descrição das crises e efeitos colaterais Periodicidade: Semestral ou quando houver troca de medicamento.  - hemograma, plaquetas. - ALT/TGP e AST/TGO - sódio e potássio - perfil lipídico - vitamina D - TSH e T4 livre Periodicidade: anual.	
Esclerose lateral amiotrófica (ELA)	G12.2 Doença do neurônio motor	riluzol 50 mg comp grupo 1.a	Neurologista/ Geriatria /Clínico  laudo de Eletroencefalografia - Hemograma completo; - Uréia e creatinina; - TGP e TGO e TAP - Ressonância magnética de crânio; - Proteína C-reativa - eletroforese de proteínas séricas	Neurologista/ Geriatria /Clínico  Hemograma completo TGP e TGO Periodicidade: primeiro trimestre e após semestral.	
Esclerose múltipla	G35 Esclerose Múltipla	BETAINTERFERONA 1a 12.000.000ui (44mcg) sol inj (ser preenc) grupo 1.a Betainterferona 1a 6.000.000 ui (22mcg) sol inj (ser preenc) grupo 1.a Betainterferona 1a 6.000.000 ui (30mcg) pó liof inj (fr-amp ou ser preenc ou can preenc) grupo 1.a Betainterferona 1b 9.600.000ui (300mg) pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Glatiramer 40 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Natalizumabe 300 mg sol inj (fr-amp) grupo 1.a Fumarato de dimetila 120 mg comp grupo 1.a Fumarato de dimetila 240 mg comp grupo 1.a Fingolimode 0,5 mg cap grupo 1.a Teriflunomida 14 mg comp grupo 1a	Neurologista/ Geriatria /Clínico  Ressonância magnética do encéfalo; Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção); hemograma completo TGO/AST, TGP/ALT fosfatase alcalina bilirrubina total gama-GT TSH TSH	Neurologista/ Geriatria /Clínico  Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção); hemograma completo TGO/AST, TGP/ALT fosfatase alcalina bilirrubina total gama-GT TSH TSH Periodicidade: primeiro trimestre e após semestral.	
			Clinico / Reumatologista	Clinico / Reumatologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Esclerose sistêmica	M34.0 - Esclerose sistêmica progressiva M34.1 - Síndrome CREST M34.8 - Outras formas de esclerose sistêmica	Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Sildenafil 25 mg comp grupo 1.a Sildenafil 50 mg comp grupo 1.a	B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Hemograma, contagem de plaquetas; Fosfatase alcalina; GP e TGO ureia creatinina Cópia do exame de anticentrômero OU Cópia do exame de antifibrilarina OU Cópia do exame de anti-PM-Scl OU Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III OU Cópia do exame de antitopoisomerase I ??? UM DESSES É OBRIGATÓRIOS?	B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Hemograma, contagem de plaquetas; Fosfatase alcalina; TGP e TGO ureia creatinina Periodicidade: primeiro trimestre e após semestral.	
Espasticidade	G04.1 Paraplegia espástica tropical G80.0 Paralisia cerebral espástica G80.1 Diplegia espástica G80.2 Hemiplegia infantil G81.1 Hemiplegia espástica G82.1 Paraplegia espástica G82.4 Tetraplegia espástica I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnoidea I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas I69.3 Sequelas de infarto cerebral I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas T90.5 Sequelas de traumatismo intracraniano T90.8 Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça	Toxina botulínica tipo a 100 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Toxina botulínica tipo a 500 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Fisiatria, neurologia, neurocirurgia, neuropsiquiatria ou ortopedia.  Descrição da Pontuação da Escala de Ashworth Modificada - Exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil -Locais de aplicação	Fisiatria, neurologia, neurocirurgia, neuropsiquiatria ou ortopedia.  N/A	
			Especialidade Médica - Reumatologista	Especialidade Médica - Reumatologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Espondilite ancilossante	M45 Espondilite ancilossante M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	Adalimumabe 40 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Certolizumabe pegol 200 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Etanercepte 25 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (biossimilar bio-manginhos) 50 mg sol inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Etanercepte (pfizer/enbrel®) 50 mg pó liof inj (fr-amp ou ser preenc) grupo 1.a Golimumabe 50 mg sol inj (ser preenc) grupo 1.a Infliximabe 10 mg/ml pó liof inj (fr-amp) 10 ml grupo 1.a Naproxeno 250 mg comp grupo 2 Naproxeno 500 mg comp grupo 2 Metotrexato 2,5 mg comp grupo 1.a Metotrexato 25 mg/ml sol inj (amp) 2 ml grupo 1.a Secuquinumabe 150 mg/ml sol inj (ser preenc) grupo 1.a Sulfasalazina 500 mg comp grupo 2	História clínica de lombalgia inflamatória, associada ou não a artrite periférica assimétrica -Raio X do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas ou RM do esqueleto axial e/ou sacroiliacas - HLA B27 - BASDAI > 4 ou ASDAS > 2,1 - Hemograma Completo - Proteína C Reativa - Exame de anti-HCV - Exame de HBsAg - Exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) - TGP e TGO - Creatinina - Uréia - Radiografia de tórax - TRE	Hemograma Completo - Proteína C Reativa - TGP e TGO - Creatinina - Uréia - BASDAI > 4 ou ASDAS > 2,1 Periodicidade: semestral.  -Raio X do Esqueleto Axial das Articulações Sacro-Iliacas ou RM do esqueleto axial e/ou sacroiliacas Periodicidade: a cada 2 anos	
Esquizofrenia	F20.0 Esquizofrenia paranoide F20.1 Esquizofrenia hebefrênica F20.2 Esquizofrenia catatônica F20.3 Esquizofrenia indiferenciada F20.4 Depressão pós-esquizofrênica F20.5 Esquizofrenia residual F20.6 Esquizofrenia simples F20.8 Outras esquizofrenias	clozapina 100 mg comp grupo 1.a clozapina 25 mg comp grupo 1.a risperidona 1 mg comp grupo 1.b risperidona 2 mg comp grupo 1.b risperidona 3 mg comp grupo 1.b olanzapina 10 mg comp grupo 1.a olanzapina 5 mg comp grupo 1.a quetiapina 100 mg comp grupo 1.a quetiapina 200 mg comp grupo 1.a quetiapina 25 mg comp grupo 1.a quetiapina 300 mg comp grupo 1.a ziprasidona 40 mg cap grupo 1.a ziprasidona 80 mg cap grupo 1.a	Especialidade médica Psiquiatra ou médico de centros de atendimento psicossocial.  Idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) Três medidas de pressão arterial em datas diferentes Dosagens de colesterol total e frações; Triglicéridios; Glicemia de jejum;  Cópia da folha de resposta da escala BPR-S  Para Risperidona: Prolactina  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Especialidade médica: Psiquiatra ou médico de centros de atendimento psicossocial.  Idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril) Três medidas de pressão arterial em datas diferentes Dosagens de colesterol total e frações; Triglicéridios; Glicemia de jejum; Periodicidade: semestral.  Para Risperidona: Prolactina Periodicidade: semestral.	
Fenilcetonúria	E70.0 Fenilcetonúria clássica E70.1 Outras hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase) E	complemento alimentar p/ paciente fenilcetonúrico maior de 1 ano - formula de aminoácidos isenta de fenilalanina 1 g pó grupo 2 complemento alimentar p/ paciente fenilcetonúrico menor de 1 ano - formula de aminoácidos isenta de fenilalanina 1 g pó grupo 2	pediatra / nutricionista (monitoramento)	pediatra / nutricionista (monitoramento)	
Fibrose cística - insuficiência pancreática - MS	E 84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais - E 84.8 Fibrose cística com outras manifestações	Pancreatina 10.000 ui cap grupo 1.b Pancreatina 25.000 ui cap grupo 1.b	Gastroenterologista Pediatra/ Gastroenterologista / Pediatra VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC  exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor ou exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística (Detecção molecular em fibrose cística - confirmatório)	Gastroenterologista Pediatra/ Gastroenterologista / Pediatra VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC  Dosagem da elastase pancreática fecal; Periodicidade: EM CASO DE AUMENTO DE DOSES.	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Fibrose Cística (Manifestações Pulmonares) - MS	E 84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares E 84.8 Fibrose cística com outras manifestações	Alfadornase 2,5 Mg Amp Grupo 1.A Tobramicina 300/5 Mg/MI Solução Inalatória (Por Ampola) Grupo 1.A	<b>Pneumologista</b> <b>VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC</b>  Exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor  Para Tobramicina: Exame de cultura de secreção respiratória Raio X tórax OU tomografia de tórax  Em caso de necessidade de confirmação: exame genético para diagnóstico de Fibrose Cística Exames não obrigatórios: Espirometria	<b>Pneumologista</b> <b>VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC</b>  Exame de cultura de secreção respiratória. Periodicidade: trimestral;	
Fibrose Cística - MT	E84 Fibrose cística E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares E84.8 Fibrose cística com outras manifestações E84.9 Fibrose cística não especificada	Colistimetato De Sodio (Polimixina E) 1.000.000 Ui P6 Liofilizado Para Solução Injetável Elenco Estadual  NUTRIÇÃO a) Polímero de glicose. b) Módulo de Triglicérides de Cadeia Média. c) Dieta líquida 1,5Kcal/ml. d) Dieta do tipo Tipo: Nutren Junior/ Fortini/ Prosure/ Pediasure complete. e) Suplemento do Tipo: Nutren active (sabores diversos)/ Sustain 30/ Sustagem.	<b>Profissionais</b> <b>VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC</b>  Exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor -Cultura de swab de orofaringe ou Antibiograma  Exames não obrigatórios: -laudo de Tomografia Computadorizada de tórax -Cultura de escarro -Dosagem de IgE -Espirometria -Raio-X de pulmão	<b>Profissionais</b> <b>VINCULADOS A CENTRO DE REFERÊNCIA DE FC</b>  Exame de cultura de secreção respiratória. Periodicidade: trimestral;	
Glaucoma	H 40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto; H 40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado; H 40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular; H 40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular; H 40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho; H 40.6 Glaucoma secundário a drogas; H 40.8 Outro glaucoma; Q15.0 Glaucoma congênito.	Acetazolamida 250 Mg Comp Grupo 2 Bimatoprost 0,3 Mg/MI Sol Oft (Fr) 3 MI Grupo 1.A Brimonidina 2 Mg/MI Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2 Brimonidina 2 Mg/MI Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2 Brimonidina 2 Mg/MI Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2 Dorzolamida 20 Mg/MI Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2 Latanoprost 0,05 Mg/MI Sol Oft (Fr) 2,5 MI Grupo 1.A Travoprost 0,04 Mg/MI Sol Oft (Fr) 2,5 MI Grupo 1.A Pilocarpina 20 Mg/MI Sol Oft (Fr) 10 MI Grupo 2 Timolol 5 Mg/MI Sol Oft (Fr) 5 MI Grupo 2	<b>Oftalmologista</b>  Campimetria visual (preferencialmente) ou laudo de Tonometria ou Biomicroscopia de fundo de olho Ou Fundoscopia Ou Paquimetria Ou Retinografia  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	<b>Oftalmologista</b>  Campimetria visual (preferencialmente) ou laudo de Tonometria ou Biomicroscopia de fundo de olho Ou Fundoscopia Ou Paquimetria Ou Retinografia Periodicidade: anual	
Hemangioma infantil	D18.0 hemangioma de qualquer localização	Alfainterferona 2b 10.000.000 Ui P6 Liof Inj (Fr-Amp) Grupo 1.A Alfainterferona 2b 3.000.000 Ui P6 Liof Inj (Fr-Amp) Grupo 1.A Alfainterferona 2b 5.000.000 Ui P6 Liof Inj (Fr-Amp) Grupo 1.A	<b>Hematologista / Pediatra</b>  Ultrassonografia ou Ressonância magnética TGP e TGO; TSH  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	<b>Hematologista / Pediatra</b>  Tempo de protrombina (TAP); TGP e TGO; Periodicidade: semestral.	
			<b>Médico assistente / clínico</b>	<b>Médico assistente / clínico</b>	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Hidradenite Supurativa	L73.2 Hidradenite supurativa	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	Exame de anti-HCV Exame de HBsAg Exame de HIV Exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) TGP e TGO Hemograma Radiografia de tórax Carteira de Vacinação	TGP e TGO Hemograma Periodicidade: semestral.	
Hiperplasia Adrenal Congênita	E25.0 Transtornos adrenogenitais congênitos associados a deficiência enzimática	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	Endocrinologista / Médico assistente / clínico  Dosagem de 17-hidroxiprogesterona após estímulo com ACTH OU dosagem de 17-hidroxiprogesterona basal -Dosagem de sódio e potássio ou Dosagem Renina e Aldosterona  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Endocrinologista / Médico assistente / clínico  Dosagem de Renina plasmática, sódio e potássio. Periodicidade: Trimestral, no 1º ano de vida e, após, semestral.	
Hiperprolactinemia	E22.1 Hiperprolactinemia	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	Ginecologista / Médico assistente / clínico  Exame de prolactina no soro - Macroprolactina - laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise B-HCG sérico para mulheres em idade fértil - Creatinina - TSH - TGP e TGO	Ginecologista / Médico assistente / clínico  Dosagem de Prolactina Periodicidade: semestral.	
Hipertensão arterial pulmonar	I27.0 Hipertensão arterial pulmonar primária (HAP) I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária I27.8 Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênitas/ síndrome de Eisenmenger)	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A	Pneumologistas /cardiologistas  Laudo do teste de caminhada de 6 minutos -Cateterismo cardíaco direito -Ecocardiografia transtorácica -Radiografia de tórax; - Espirometria com prova broncodilatadora; - Cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar; - Ultrassonografia de abdômen - <b>Gasometria Arterial;</b> - TGP e TGO; - Hemograma completo. - Parasitológico de fezes - Fator anti-nuclear (FAN) - Anticorpos Anti-DNA; - Fator Reumatóide; - Hbsag; - Anticorpo Anti-Hbc (IGg) - Anticorpo Anti-Hcv; - Anti- HIV; - B-HCG (p/ mulheres em idade fértil) TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Pneumologistas /cardiologistas  P/Ambrisentana, Boesntana; - TGP e TGO/ Periodicidade: Anual  Hemograma completo Periodicidade: trimestral	
			Endocrinologista	Endocrinologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Hipoparatiroidismo	E20.0 - Hipoparatiroidismo idiopático E20.1- Pseudohipoparatiroidismo E20.8 - Outro hipoparatiroidismo – E89.2 - Hipoparatiroidismo pós-procedimento	ALFACALCIDOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2 CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	Dosagem de cálcio total ou iônico - dosagem de Magnésio sérico - dosagem de Paratormônio (PTH) - dosagem de Calcitúria de 24 horas - dosagem de Fósforo sérico  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Dosagem de cálcio total; - Fósforo - Calcitúria em 24 horas, - Creatinúria em 24hs Periodicidade: semestral.	
Ictioses hereditárias	Q80.0 ictiose vulgar Q80.1 ictiose ligada ao cromossomo x Q80.2 ictiose lamelar Q80.3 eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita – q80.8 outras ictioses congênicas	Acitretina 10 mg cap grupo 1.b Acitretina 25 mg cap grupo 1.b	Dermatologista  TGP e TGO - bilirrubina - Uréia - Creatinina - Colesterol Total( HDL, LDL e Triglicédeos) - Glicemia em jejum - B-HCG (mulheres em idade fértil, não laqueada) - Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças  TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER	Dermatologista  TGP e TGO - Colesterol Total( HDL, LDL e Triglicédeos) - Glicemia em jejum - bilirrubina  Periodicidade: semestral.	
	D80.0 Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento)		Imunologista e Geneticista	Imunologista e Geneticista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos	D80.1 – Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE) - D80.3 - Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG) D80.5 – Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM) D80.6 – Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimmunoglobulinemia D80.7 – Hipogamaglobulinemia transitória da infância D80.8 – Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa) - D83.0 - Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B D83.2 - Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T D83.8 - Outras imunodeficiências comuns variáveis	IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B	Hemograma completo; - Dosagem de Imunoglobulina A – IgA; - Dosagem de Imunoglobulina G – IgG total; - Dosagem de Imunoglobulina M – IgM; - Dosagem das isohemaglutininas anti-A e antiB; - Dosagem dos anticorpos pós-vacinais (antitétano, anti-difteria), anti-rubéola, anti-hepatite B, anti-sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacarídeos do pneumococo (pré e pós-vacinais). - Uréia; - Creatinina; - TGP e TGO; - TAP ; - Albumina;	Hemograma ; - Uréia ; - Creatinina ; - TGP e TGO; - TAP (Tempo de Protrombina); - Albumina ; - EAS ; Periodicidade: Semestral	
Imunossupressão no transplante hepático em adulto	Z94.4 - Fígado transplantado; T86.4 - Falência ou rejeição de transplante de fígado	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.	Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo, TGP e TGO. Periodicidade: semestral ou a cada aumento de dose.  Para Ciclosporina: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Potássio Periodicidade: semestral.  Para Tacrolimo: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Glicose Periodicidade: semestral.  Para Sirolimo ou Everolimo:	
			Hepatologista		



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Imunossupressão No Transplante Cardíaco	Z94.1 Coração transplantado T86.2 Falência ou rejeição de transplante de coração	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL. ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.  -laudo de biópsia endomiocárdica (nos casos de rejeição aguda)ou Ecocardiograma???	Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo, TGP e TGO. Periodicidade: semestral ou a cada aumento de dose.  Para Ciclosporina: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Potássio Periodicidade: semestral.  Para Tacrolimo: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Glicose Periodicidade: semestral.  Para Sirolimo ou Everolimo: - Dosagem do fármaco - Hemograma Completo - Creatinina - Proteínúria Periodicidade: semestral.	
Imunossupressão no transplante hepático em pediatria	Z94.4 Transplante hepático T86.4 Falência ou rejeição de transplante de fígado	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL. ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEEA GRUPO 1.A	Hepatologista  Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.  - Hemograma completo, -TGP -TGO -GGT -bilirrubina direta	Hepatologista  Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo, TGP e TGO. Periodicidade: semestral ou a cada aumento de dose.  Para Ciclosporina: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Potássio Periodicidade: semestral.  Para Tacrolimo: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Glicose Periodicidade: semestral.  Para Sirolimo ou Everolimo: - Dosagem do fármaco - Hemograma Completo - Creatinina - Proteínúria Periodicidade: semestral.	
			Nefrologista	Nefrologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Imunossupressão no transplante renal	Z94.0 Rim transplantado T86.1 Falência ou rejeição de transplante de rim	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios.	Para Azatioprina e Micofenolato: Hemograma Completo, TGP e TGO. Periodicidade: semestral ou a cada aumento de dose.  Para Ciclosporina: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Potássio Periodicidade: semestral.  Para Tacrolimo: - Dosagem do fármaco - Creatinina - Glicose Periodicidade: semestral.  Para Sirolimo ou Everolimo: - Dosagem do fármaco - Hemograma Completo - Creatinina - Proteínúria Periodicidade: semestral.	
Insuficiência adrenal primária (Doença de Addison)	E27.1 - Insuficiência adrenocortical primária E27.4 - Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	Endocrinologista	Endocrinologista	
			dosagem de Cortisol séricobasal -dosagem de ACTH (Hormônio Adreno-corticotrófico) - tomografia computadorizada de abdômen superior??	dosagem de Cortisol sérico -dosagem de ACTH (Hormônio Adreno-corticotrófico) - Dosagens séricas de renina; Sódio; Potássio. Periodicidade: Semestral	
Insuficiência Cardíaca Com Fração De Ejeção Reduzida	I50.0 Insuficiência cardíaca congestiva I50.1 Insuficiência ventricular esquerda I50.9 Insuficiência cardíaca não especificada	SACUBITRIL + VALSARTANA 24 + 26 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SACUBITRIL + VALSARTANA 49 + 51 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B SACUBITRIL + VALSARTANA 97 + 103 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	Especialidade Médica - Cardiologista	Cardiologista / Médico Assistente	
			Adultos maiores de 18 anos Idade inferior a 75anos Exame de peptídeo natriurético de tipo B (BNP) ou N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP) Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) II Ecocardiograma - Fração de ejeção reduzida (≤35%)	Ureia Creatinina Sódio Potássio Magnésio  Periodicidade: semestral	
Insuficiência pancreática exócrina	K86.0 Pancreatite crônica induzida pelo álcool; K86.1 Outras pancreatites crônicas; K90.3 Esteatorreia pancreática	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	Especialidade Médica - Gastroenterologista	Gastroenterologista	
			Dosagem de Gordura fecal em 72 horas OU Pesquisa de gordura fecal (SUDAN III) Raio X simples de abdômen ou Ultrasonografia de abdômen ou Tomografia computadorizada de abdômen ou Colangiopancreatografia Endoscópica retrógrada (CPER) ou Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total Obs: Não obrigatório em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, onde os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorreia).	Anamnese e avaliação do IMC. Periodicidade: Semestral	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Leiomíoma de útero	D25.0 Leiomíoma submucoso do útero D25.1 Leiomíoma intramural do útero D25.2 Leiomíoma subseroso do útero	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	Ginecologista  Laudo de exame de imagem com diagnóstico de Leiomíoma de Útero (laparoscopia, ultrassonografia, histerossonografia, histeroscopia, histerosalpingografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética); - Densitometria óssea com o valor do T-score	Ginecologista  Ultrassonografia Hemograma completo Periodicidade: Trimestral	
Lúpus eritematoso sistêmico	L93.0 Lúpus discóide - L93.1 Lúpus cutâneo subagudo - M32.1 Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas - M32.8 Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2 DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2 HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2 METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A	Especialidade Médica - Reumatologista, Dermatologista  Hemograma completo com Contagem de Plaquetas - B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; - dosagem de Creatinina sérica - VHS (Vel. Hemossedimentação) OU - Proteína C Reativa OU - VDRL OU - Contagem de reticulócitos; OU - Teste de Coombs direto; OU - Eletroforese de proteínas; OU - AST/TGO; ALT/TGP; OU - Fosfatase alcalina; OU - Bilirrubinas total e frações; OU - Desidrogenase láctica (LDH); OU - Ureia e creatinina; OU - Eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio, potássio e cloro); OU - Exame qualitativo de urina (EQU); OU - Albumina sérica; OU - Proteinúria de 24 horas; OU OU - FAN; OU - Anti-DNA nativo e/ou anti- Sm e/ou anticardiolipina IgG e IgM e/ou anticoagulante lúpico e/ou anti-La/SSB ou anti-Ro/SSA e/ou anti-RNP.  Para Hidroxicloroquina e Cloroquina também: Exame Oftalmológico(em caso de suspeita de miopatia)	Qualquer especialidade médica  Fosfatase Alcalina OU; -Exame qualitativo de urina; Urocultura; OU - VHS, OU - Proteína C reativa, OU - albumina sérica e proteinúria de 24 horas (estes 2 últimos somente se história de nefrite ou lúpus grave).  - Para Azatioprina: fosfatase alcalina, ALT e AST. Periodicidade: semestral ou se houver mudança na dose  - Para Ciclofosfamida: -plaquetas, creatinina, eletrólitos e análise do sedimento urinário. Periodicidade: semestral. -citologia da urina e citopatológico de colo uterino. Periodicidade: anualmente  - Para Ciclosporina: Creatinina sérica, eletrólitos e ácido úrico. Periodicidade: semestral.  - Para Cloroquina e Hidroxicloroquina: exame oftalmológico em caso de suspeita de retinopatia. -hemograma completo. Periodicidade: semestral.  - Para Danazol: fosfatase alcalina, ALT, AST colesterol total, HDL e triglicéridos. Periodicidade:semestral. avaliação oftalmológica de fundo de olho. Periodicidade:a critério médico. ultrassonografia hepática (em caso de mais de 6 meses de tratamento) Periodicidade: a cada 2 anos  - Para Metotrexato:Fosfatase alcalina, ALT, AST, Hemograma plaquetas, Uréia e Creatinina. Periodicidade: mensal por 6 meses	
		AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	Qualquer especialidade médica	Qualquer especialidade médica	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Miastenia gravis	G70.0 Miastenia gravis	CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	Eletroneuromiografia OU Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anticorpo antímusculo estriado) - Hemograma completo; - Eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio, potássio e cloro); - VHS; - Provas de função tireoideativa reumática	Para Azatioprina: Hemograma, TGP e TGO Periodicidade: Trimestral  Para Ciclosporina: Nível sérico de ciclosporina, potássio, magnésio e creatinina Periodicidade: semestral  Para Imunoglobulina: Creatinina Periodicidade: semestral	
Mucopolissacaridose Do Tipo I (síndrome de Hurler)	E76.0 mucopolissacaridose do tipo I	Laronidase 0,58 mg/ml sol inj (fr) 5 ml grupo 1.a	Qualquer especialidade médica  Exame de alfa-L-iduronidase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro; - Exame genético para alfa-L-iduronidase OU exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina	Qualquer especialidade médica  exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina; Periodicidade: semestral	
Mucopolissacaridose do tipo II (Síndrome de Hunter)	E76.1 mucopolissacaridose do tipo II	Idursulfase alfa 2 mg/ml sol inj (fr) 3 ml grupo 1.a	Neurologista  exame de iduronato-2-sulfatase em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro - atividade normal de pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade da IDS) - exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina OU exame de mutação genética do gene IDS - Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor por neurologista	Neurologista  exame de dosagem de mucopolissacarídeos na urina; Periodicidade: semestral  - Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor por neurologista Periodicidade: semestral	
Mucopolissacaridose VI (Síndrome Maroteaux-Lamy)	E76.2 Outras Mucopolissacaridoses	GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	Qualquer especialidade médica  enzima arilsulfatase B (ASB); - exame da atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase); - exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia do exame de Não dermatansulfato (DS) OU cópia de exame genético do gene ASB -TC6M OU espirometria OU dosagem urinária de GAGs	Qualquer especialidade médica  TC6M -dosagem urinária de GAGs, -ecocardiograma - espirometria - questionários de qualidade de vida Periodicidade: semestral 1 ano, depois anual. Sugestão, laudo médico detalhando a impossibilidade de realizar o exame se for o caso do paciente (tanto para abertura, quando renovação). Observar critério de exclusão.	
Mucopolissacaridose IV A (Síndrome de Morquio)	E76.2 Outras Mucopolissacaridoses	ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	Qualquer especialidade médica  Exame da atividade da enzima GALNS; -exame da atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A OU arilsulfatase B OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase) OU exame genético do gene GALNS TC6M -dosagem urinária de GAGs, -ecocardiograma - espirometria - questionários de qualidade de vida	Qualquer especialidade médica  TC6M -dosagem urinária de GAGs, -ecocardiograma - espirometria - questionários de qualidade de vida Periodicidade: semestral 1 ano, depois anual. Sugestão, laudo médico detalhando a impossibilidade de realizar o exame se for o caso do paciente (tanto para abertura, quando renovação). Observar critério de exclusão	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Mucopolissacaridose Do Tipo VII (Síndrome de Sly) Ainda será incorporada.	E76.2 Outras Mucopolissacaridoses	Alfavestronidase	Qualquer especialidade médica enzima da GUSB -Presença de níveis aumentados de GAG totais na urina ou de excreção aumentada de SH ou SD - Atividade da IDUA e da IDS OU Testes genéticos do gene GUSB	Qualquer especialidade médica  dosagem urinária de GAGs, Periodicidade: semestral.	
Osteodistrofia Renal (Substituído pelo PCDT Distúrbio Mineral Ósseo)	N18.0 Doença renal em estágio final; E83.3 Distúrbios do metabolismo do fósforo; N25.0 Osteodistrofia renal	CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A ALFACALCIDOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2 CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 CALCITRIOL 1 MCG SOL INJ (AMP) GRUPO 2 HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 230 MG COMP GRUPO 2 HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 300 MG COMP GRUPO 2 HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG SUSP ORAL (FR) 100 ML GRUPO 2 HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG SUSP ORAL (FR) 150 ML GRUPO 2 HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG SUSP ORAL (FR) 240 ML GRUPO 2	Especialidade Médica - Nefrologista  cálcio, fósforo, PTH e fosfatase alcalina	Especialidade Médica - Nefrologista  cálcio, fósforo, PTH e fosfatase alcalina - Anual	
Osteoporose	M80.0 Osteoporose pós-menopáusia com fratura patológica- M80.1 Osteoporose pós-ooftectomia com fratura patológica- M80.2 Osteoporose de desuso com fratura patológica M80.3 Osteoporose por má absorção pós-cirúrgica com fratura patológica M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica M80.5 Osteoporose idiopática com fratura patológica M80.8 Outras osteoporoses com fratura patológica M81.0 Osteoporose pós-menopáusia M81.1 Osteoporose pós-ooftectomia M81.2 Osteoporose de desuso M81.3 Osteoporose devido a má absorção pós-cirúrgica M81.4 Osteoporose induzida por drogas M81.5 Osteoporose idiopática M81.6 Osteoporose localizada M81.8 Outras osteoporoses M82.0 Osteoporose na mielomatose múltipla M82.1 Osteoporose em distúrbios endócrinos M82.8 Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte	RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2 RISEDRONATO 5 MG COMP GRUPO 2 CALCITONINA 100 UI SOL INJ (AMP) GRUPO 2 CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2 CALCITONINA 50 UI SOL INJ (AMP) GRUPO 2 CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2 PAMIDRONATO 30 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2 PAMIDRONATO 60 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2 RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	Qualquer especialidade médica  absorciometria de raios x de dupla energia dosagens séricas de cálcio, albumina, creatinina, fósforo, fosfatase alcalina, aminotransferases/transaminases e dosagem de cálcio na urina de 24 horas radiografias da coluna vertebral, Exame Densitometria Óssea  piridinonas totais, piridinolina e deoxipiridinolina livre Periodicidade	Qualquer especialidade médica  piridinonas totais, piridinolina e deoxipiridinolina livre Periodicidade: Anual	
			Especialidade Médica - Dermatologista	Especialidade Médica - Dermatologista	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Psoríase	L40.0 psoríase vulgar L40.1 psoríase pustulosa generalizada L40.4 psoríase gutata L40.8 outras formas de psoríase	METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2 CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2 CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A (INDICADO PARA INÍCIO DE TRATAMENTO, OU ESCOLHA DO MÉDICO PRESCRITOR) ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A ACTITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B ACTITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B USTEQINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A	Índice de Gravidade e Extensão das Lesões Psoriáticas Utilizadas para Cálculo do PASI ou Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI) ou acometimento superior a 10% da superfície corporal; Hemograma Completo TGP e TGO Fosfatase Alcalina GGT Creatinina sérica Exame qualitativo de urina Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil.  Para Acitretina além: Uréia, Perfil Lipídico, Bilirrubinas, glicose, para crianças a idade óssea com radiografias de mãos e punhos.  Para Ciclosporina além: Uréia Bilirrubinas, Perfil Lipídico, sódio, Magnésio, ácido úrico, Potássio, teste de Mantoux, HBsAg incluindo anti HBC, anti-HCV e anti-HIV, raio x do tórax  Para Metotrexato: Uréia, albumina, teste de Mantoux, HBsAg, anti-HCV e anti-HIV, raio x do tórax  Para imunobiológico além: Proteína C reativa (PCR) teste de Mantoux, HBsAg incluindo anti HBC, anti-HCV e anti-HIV, raio x do tórax  Imunobiológicos além: PCR, teste de Mantoux, HBsAg incluindo anti HBC, anti-HCV e anti-HIV, raio x do tórax	Para Acitretina: TGP e TGO, Fosfatase Alcalina, Perfil Lipídico, GGT e Bilirrubinas Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, exame qualitativo de urina Periodicidade: Semestral Beta-HCG sérico para mulheres em idade fértil. Periodicidade: mensal Em crianças radiografias de mãos e punhos. Periodicidade: anual  Para Metotrexato: TGP e TGO, Fosfatase Alcalina, GGT e Albumina, Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, exame qualitativo de urina Periodicidade: Semestral  Para Ciclosporina: Creatinina, uréia, potássio, exame qualitativo de urina, Perfil lipídico e magnésio. Periodicidade: Semestral Clearance de Creatinina Periodicidade: anualmente.  Imunobiológicos: TGP e TGO, Fosfatase Alcalina, Perfil Lipídico, Fosfatase Alcalina, GGT, Creatinina sérica, PCR, Hemograma Completo Periodicidade: Semestral	
Puberdade precoce central	E22.8 Outras hiperfunções da hipófise - puberdade precoce central	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	Especialidade Médica - Endocrinologista  Dosagem de LH basal sérico Dosagem de LH após estímulo com GnRH Raio X de Mãos e Punhos Curva de crescimento / Velocidade de Crescimento. Peso, altura e estadiamento puberal de Tanner Ressonância magnética de Sistema Nervoso Central Ultra-sonografia pélvica (Para meninas de até 8 anos)	Especialidade Médica - Endocrinologista  Curva de crescimento/ Velocidade de Crescimento. Peso, altura e estadiamento puberal de Tanner Dosagem de LH basal sérico Dosagem de LH após estímulo com GnRH Periodicidade: semestral / ou em mudanças de doses.  Raio X de Mãos e Punhos Periodicidade: anual	
			Especialidade Médica - Hematologista	Especialidade Médica - Hematologista	ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Púrpura trombocitopênica idiopática	D69.3 púrpura trombocitopênica idiopática	Azatioprina 50 mg comp grupo 2 Ciclofosfamida 50 mg drágea grupo 2 Danazol 100 mg cap grupo 1.b Danazol 200 mg cap grupo 1.b Eltrombopague 25 mg comp rev grupo 1.b Eltrombopague 50 mg comp rev grupo 1.b Imunoglobulina humana 5 g inj (fr) grupo 1.a	Cópia do laudo de biopsia e aspirado de medula óssea sempre que houver suspeita de neoplasias ou mielodisplasia como causa de plaquetopenia, assim como quando houver anemia ou leucopenia associadas à plaquetopenia Cópia do exame de hemograma completo Cópia do exame de contagem de plaquetas Cópia do exame de anti-hiv Cópia do exame de dosagem de alanina aminotransferase - alt (glutâmico pirúvica - tgp) Cópia do exame de dosagem de aspartato aminotransferase - ast (glutâmico oxaloacética - tgo) Cópia do exame de b-hcg sérico para mulheres em idade fértil	Cópia do exame de hemograma completo (mensalmente) (para Imunoglobulina) Cópia do exame de contagem de plaquetas (mensalmente) Cópia do exame de dosagem de alanina aminotransferase - alt (glutâmico pirúvica - tgp) (trimestralmente) Cópia do exame de dosagem de aspartato aminotransferase - ast (glutâmico oxaloacética - tgo) (trimestralmente) Perfil lipídico (colesterol total, dhl e triglicédeos) (danazol)*	DOENÇA INICIAL Imunoglobulina humana intravenosa: Crianças e adolescentes: 0,8 g/kg a 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm3). Adultos: 1 g/kg por dia, por via intravenosa, durante um a dois dias (repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm3)  DOENÇA REFRATÁRIA: Eltrombopague: Crianças acima de 6 anos, adolescentes e adultos: dose inicial de 50 mg, por via oral, uma vez ao dia. Ajustar dose para atingir contagem de plaquetas > 50.000/mm3 até dose máxima de 75 mg/dia. Para pacientes com ascendência asiática, incluindo aqueles com insuficiência hepática, a dose inicial deve ser de 25mg, por via oral, uma vez ao dia.  Imunoglobulina humana intravenosa: 0,8g/kg a 1 g/kg por um a dois dias (repete-se a dose no segundo dia caso a contagem de plaquetas permaneça abaixo de 50.000/mm3)
Protocolo De Utilização Da Teriparatida Em Osteoporose - MT	M80.0 Osteoporose pós-menopáusicas com fratura patológica M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica M80.5 Osteoporose idiopática com fratura patológica M81.9 Osteoporose não especificada	TERIPARATIDA 250 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,4 ML ELENCO ESTADUAL	Geriatra, Ortopedista, endocrinologis, Reumatologista  Densitometria óssea da coluna lombar e fêmur proximal exame de Hemograma completo dosagem de creatinina dosagem de Calcitriol de 24 horas. dosagem de Cálcio sérico dosagem de Fosfatase alcalina sérica dosagem de 25-hidroxivitamina D Raio-X para pacientes que apresentarem fraturas Anexo I e II do protocolo devidamente preenchidos	Geriatra, Ortopedista, endocrinologis, Reumatologista, Clínico  Dosagem recente do cálcio sérico (anexar o resultado) Anexo I e II do protocolo devidamente preenchidos Periodicidade: semestral  Densitometria óssea para fins de monitoramento da resposta ao tratamento Periodicidade: anual	
Raquitismo e osteomalácia	E55.0 raquitismo ativo E55.9 deficiência não especificada de vitamina d E64.3 sequelas do raquitismo E83.3 distúrbios do metabolismo do fósforo M83.0 osteomalácia puerperal M83.1 osteomalácia senil M83.2 osteomalácia do adulto devido à má-absorção M83.3 osteomalácia do adulto devido à desnutrição M83.8 outra osteomalácia do adulto	Calcitriol 0,25 mcg cap grupo 2	Médico assistente / Clínico  Cópia do exame de dosagem de cálcio total sérico Cópia do exame de dosagem de cálcio urinário Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina sérica Cópia do exame de dosagem de fósforo sérico Cópia do exame de dosagem de fósforo urinário Cópia do exame de dosagem de paratormônio (pth) Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina d Cópia do laudo radiológico	Médico assistente / Clínico  A cada 3 meses (pcdt) <b>sugestão a cada 6??</b> Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH) Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico Cópia do laudo radiológico (A cada 6 meses)	No diagnóstico, em geral, algum dos seguintes exames laboratoriais encontra-se alterado: dosagem sérica de cálcio, fósforo, PTH, 25-hidroxivitamina D e fosfatase alcalina, no soro, excreção urinária de fósforo e cálcio(1)
			Gastroenterologista / Proctologista / não fala nada no PCDT	Gastroenterologista / Proctologista / não fala nada no PCDT	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Retocolite ulcerativa	K51.0 Enterocolite ulcerativa K51.2 Proctite ulcerativa K51.3 Retossigmoidite ulcerative K51.5 Colite esquerda K51.8 Outras colites ulcerativas	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOFILIZADO (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A MESALAZINA 1 G ENEMA 100 ML GRUPO 2 MESALAZINA 1000 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 250 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 3 G ENEMA 100 ML GRUPO 2 MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2 MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 MESALAZINA 500 MG SUPOS GRUPO 2 MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2 SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2 VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica Hemograma TGP e TGO Mesalazina e sulfá além: Creatinina EAS Para Ciclosporina além: Creatinina Ácido Úrico Potássio Lipídios Magnésio Infliximabe e vedolizumabe além: teste de Mantoux Raio x do tórax	Hemograma TGP e TGO Periodicidade: semestral Mesalazina e sulfá além: Creatinina EAS Periodicidade: semestral Para Azatioprina: Hemograma Completo, Periodicidade: trimestral. Para Ciclosporina: Creatinina, Hemograma, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio Periodicidade: semestral	Mesalazina 800mg quant. Max 186 comp.
Síndromes Coronarianas Agudas	I20.0 Angina instável I20.1 Angina pectoris com espasmo documentado I21.0 Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio I21.1 Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio I21.2 Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações I21.3 Infarto agudo transmural do miocárdio, de localização não especificada I21.4 Infarto agudo subendocárdico do miocárdio I21.9 Infarto agudo do miocárdio não especificado I22.0 Infarto do miocárdio recorrente da parede anterior I22.1 I22.8 Infarto do miocárdio recorrente de outras localizações I22.9 I23.0 Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.1 Comunicação interatrial como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.2 Comunicação interventricular como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	Cardiologista / não fala nada no PCDT           Ecocardiograma Eletrocardiograma Glicemia de jejum Ureia Creatinina Sódio Potássio Magnésio Hemograma completo Tempo de Ativação da Protrombina (INR ou RNI) e PTT	Cardiologista / não fala nada no PCDT           Uso por até 9 meses? Conforme protocolo?	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
	I23.3 Ruptura da parede do coração sem ocorrência de hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.4 Ruptura de cordoalhas tendíneas como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.5 Ruptura de músculos papilares como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.6 Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio I23.8 Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio I24.0 Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio I24.8 Outras formas de doença isquêmica aguda do coração I24.9 Doença isquêmica aguda do coração não especificada		Troponina (T ou I) ou CK-MB Massa Colesterol total e frações (HDL, LDL) Triglicédeos RX de Tórax		
Síndrome de guillain-barré	G61.0 Síndrome de Guillain-Barré	IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJ (FR) GRUPO 1.B IMUNOGLOBULINA HUMANA 3 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A IMUNOGLOBULINA HUMANA 6 G INJ (FR) GRUPO 1.B	Especialidade Médica: Neurologista  Exame de Líquor Laudo de Eletroencefalografia Laudo médico detalhado contendo descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Sim Não Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado preferencialmente especialista em neurologia.	Especialidade Médica: Neurologista  N/A	
Síndrome de ovários policísticos e hirsutismo/acne	E28.0 excesso de estrogênio E28.2 síndrome dos ovários policísticos I68.0 hirsutismo	Ciproterona 50 mg comp grupo 1.b	Ginecologista / endocrinologista  Cópia do exame de b-hcg sérico para mulheres em idade fértil Cópia do exame de dosagem de colesterol total Cópia do exame de dosagem de glicose após sobrecarga de 75g de glicose Cópia do exame de dosagem de glicose de jejum Cópia do exame de dosagem de hdl (colesterol) Cópia do exame de dosagem de prolactina sérica Cópia do exame de dosagem de sulfato de deidroepiandrosterona (dhea-s) Cópia do exame de dosagem de triglicédeos Cópia do exame de dosagem de tsh Cópia do exame de dosagem de 17-hidroxiprogesterona basal Cópia do exame de testosterona total Cópia do laudo de ultrassonografia de pelve	Cópia do exame de testosterona total (anual) Cópia do exame de b-hcg sérico para mulheres em idade fértil (mensalmente??)	
	O96.0 Cariótipo 45,X		Endocrinologista /Endocrinopediatra	Endocrinologista /Endocrinopediatra	





RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Sobrecarga de ferro	T45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos E83.1 Doenças do metabolismo do ferro	DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	Médico assistente / clínico  Cópia do exame de Saturação de transferrina (calculável pelo ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro) Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela Sim creatinina sérica) Cópia do exame de Clearance de Creatinina Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (Deferiprona, Deferasirox) Cópia do exame de HBsAg (Deferasirox) Cópia do exame de anti-HCV (Deferasirox) Cópia do laudo de Biópsia hepática (facultativo)	Médico assistente / clínico  A cada 3 meses? Cópia do exame de Clearance de Creatinina Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma)	
Transtorno afetivo bipolar do tipo I	F31.1 transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos F31.2 transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos F31.3 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado F31.4 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos F31.5 transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos F31.6 transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto F31.7 transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	Lamotrigina 100 mg comp grupo 2; Lamotrigina 25 mg comp grupo 2; Lamotrigina 50 mg comp grupo 2; Olanzapina 10 mg comp grupo 1.a; Olanzapina 5 mg comp grupo 1.a; Quetiapina 100 mg comp grupo 1.a; Quetiapina 200 mg comp grupo 1.a; Quetiapina 25 mg comp grupo 1.a; Quetiapina 300 mg comp grupo 1.a; Risperidona 1 mg comp grupo 1.b; Risperidona 2 mg comp grupo 1.b; Risperidona 3 mg comp grupo 1.b; Clozapina 100 mg comp grupo 1.a; Clozapina 25 mg comp grupo 1.a	Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (caps)  Dosagens de colesterol total e frações (HDL, LDL); Triglicérides Glicemia de jejum Hemograma	Psiquiatra/ médicos de centros especializados em saúde mental (caps)  Glicemia de jejum, perfil lipídico e eletrocardiograma. Prolactina quando clinicamente indicada. Periodicidade: anual  Para Clozapina: Hemograma e Plaquetas  Para lamotrigina Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO) Periodicidade: anual	
			Especialidade Médica: Ginecologista/ Ginecologista obstetra	Especialidade Médica: Ginecologista/ Ginecologista obstetra	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Tromboembolismo venoso em	D68.8 outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídico) I82.0 síndrome de Budd-Chiari I82.1 tromboflebite migratória I82.2 embolia e trombose de veia cava I82.3 embolia e trombose de veia renal I82.8 embolia e trombose de outras veias especificadas O22.3 flebotrombose profunda na gravidez O22.5 trombose venosa cerebral na gravidez (para fins deste protocolo, os códigos acima especificados são aplicáveis a casos de gestantes.)	Enoxaparina sódica 40 mg sol enoxaparina sódica 40 mg sol inj (ser preenc) 0,4 ml grupo 1.a	cópia do exame de contagem de plaquetas cópia do exame de dosagem de creatinina sérica cópia do exame de hemograma completo dosagem de b-hcg urinário ou dosagem de b-hcg sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação laudo laboratorial informando ausência de mutação da metileno-tetra-hidrofolato redutase (mthfr)  laudo laboratorial contendo anticoagulante lúpico e anticardiolipina igg e igm ou antibeta-2 glicoproteína i igg e igm, em caso de pacientes com síndrome antifosfolípico (saf) Ou laudo laboratorial contendo mutação heterozigótica para o fator v de leiden e mutação heterozigótica para o gene da protrombina e deficiência da proteína c ou da proteína s (livre ou funcional) e presença de anticorpo antifosfolípico na ausência de eventos clínicos, em caso de trombofilia hereditária de baixo risco Ou laudo laboratorial contendo mutação homozigótica para o fator v de leiden e mutação homozigótica para o gene da protrombina e deficiência da antitrombina iii e mutações heterozigóticas para o fator v de leiden e do gene da protrombina associadas, em caso de trombofilia hereditária de alto risco	cópia do exame de hemograma completo (a cada 3 meses) dosagem de b-hcg urinário ou dosagem de b-hcg sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação (mensalmente na dispensação)	
Transtorno Esquizoafetivo	F25.0 -Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco F25.1 -Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo F25.2 -Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	Olanzapina 10 Mg Comp Grupo 1.A Olanzapina 5 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 100 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 200 Mg Comp Grupo 1.A Quetiapina 300 Mg Comp Grupo 1.A Ziprasidona 40 Mg Cap Grupo 1.A Ziprasidona 80 Mg Cap Grupo 1.A Quetiapina 25 Mg Comp Grupo 1.A Risperidona 1 Mg Comp Grupo 1.B Risperidona 2 Mg Comp Grupo 1.B Risperidona 3 Mg Comp Grupo 1.B Clozapina 100 Mg Comp Grupo 1.A Clozapina 25 Mg Comp Grupo 1.A	Especialidade médica: Psiquiatra  Critérios estabelecidos no DSM-5 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica  Hemograma dosagens de colesterol total e frações triglicéridos glicemia de jejum	Especialidade médica: Psiquiatra  Hemograma – A cada 12 meses dosagens de colesterol total e frações – A cada 12 meses triglicéridos – A cada 12 meses glicemia de jejum – A cada 12 meses  (Pacientes Adultos podem ser atendidos por médicos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)) Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - A cada ???  <b>Clozapina</b> Hemograma completo – A cada 6 meses	
			Endocrinologista, Nutrólogo,	Endocrinologista, Nutrólogo, Clínico ?	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Tratamento Farmacológico Na Obesidade - MT	E66 - Obesidade	Orlistate 120 Mg Cápsula Elenco Estadual Sibutramina, Cloridrato 10 Mg Comprimido Elenco Estadual Sibutramina, Cloridrato 15 Mg Comprimido Elenco Estadual	laudo de Ultrassonografia de abdômen Hemoglobina Glicosilada Glicemia de jejum Perfil Lipídico Anexo I, II e III do protocolo devidamente preenchidos  <b>Receita "B2" para Sibutramina interrompida ao fim de 24 meses de tratamento.</b>	Para Orlistat - Hemoglobina Glicosilada - Glicemia de jejum - Perfil Lipídico Anexo III do protocolo de tratamento farmacológico na obesidade devidamente preenchido;  Periodicidade: semestral  Para Sibutramina: Anexo III do protocolo de tratamento farmacológico na obesidade devidamente preenchido; <b>Receita "B2" para Sibutramina interrompida ao fim de 24 meses de tratamento.</b> Periodicidade: semestral	
Uveítes posteriores não-infecciosas	H30.1 inflamação coriorretiniana disseminada H30.2 ciclite posterior H30.8 outras inflamações coriorretinianas H20.1 iridociclite crônica H15.0 esclerite	Azatioprina 50 Mg Comp Grupo 2 Ciclosporina 10 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 100 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 100 Mg/MI Sol Oral (Fr) 50 MI Grupo 2 Ciclosporina 25 Mg Cap Grupo 2 Ciclosporina 50 Mg Cap Grupo 2 Adalimumabe 40 Mg/MI Sol Inj (Ser Preenc) Grupo 1.A Metilprednisolona 500 Mg Pó Liof Inj (Amp) Grupo 2	Especialidade Médica: Oftalmologista / Reumatologista	Especialidade Médica: Oftalmologista / Reumatologista	
			tonometria e fundoscopia direta e indireta. E/OU? medida da acuidade visual, E/OU? biomicroscopia de segmento anterior E/OU? angiografia fluoresceínica E/OU? ecografia ocular E/OU?  exame HLA-B27  (opcional) tomografia computadorizada radiografia, essonância nuclear magnética punção lombar?  (Adalimumabe) teste tuberculínico ou reação de Mantoux  (MANUTENÇÃO) hemograma completo A cada 3 ou 6 meses? transaminases/aminotransferases A cada 3 ou 6 meses?	(MANUTENÇÃO) hemograma completo A cada 3 ou 6 meses? transaminases/aminotransferases A cada 3 ou 6 meses?	



RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
------	--------	--------------	-------------------------	----------------------------------	--