

NORMA TÉCNICA 11/2013

IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE CARDÍACO

1. INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco persiste sendo o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca refratária, apesar da grande melhora na expectativa de vida com o tratamento clínico. Vários avanços nessa área foram observados na última década, com a incorporação de novas técnicas cirúrgicas, novos imunossuppressores, novos métodos diagnósticos e abordagens nos pós-operatórios precoces e tardios. O Brasil tem ocupado cada vez mais espaço no campo dos transplantes, com destaque na América Latina, e acima de tudo como país referência no transplante cardíaco na doença de Chagas, guiando condutas que são incorporadas no mundo todo.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 1 - Coração transplantado

3. MEDICAMENTO

Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL

Sirolimo drágea 1 mg

Sirolimo drágea 2 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para todos os medicamentos

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS;

Residir no Estado de Pernambuco;

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, justificativa do uso do(s) medicamento(s);

Pacientes que tenham realizado transplante cardíaco, refratário às terapias do Protocolo do

Ministério da Saúde, incluído tacrolimo;

Reações de hipersensibilidade conhecida ao tacrolimo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG
- Cadastro de Pessoa Física – CPF
- Cartão Nacional de Saúde – CNS
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Não há

Renovação a cada 6 meses

Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
09/2022	04	Exclusão de : tacrolimo cápsula 1 e 5 mg, devido entrada via PCDT	CEFT
10/2021	03	Mudança layout Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT