

AZATIOPRINA – Hepatite Autoimune

50 mg – comprimido

Portaria SAS/MS nº 457, de 21 de maio de 2012 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: K75.4

Quantidade máxima mensal: 248 comprimidos

Grupo de Financiamento: 2

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - o Documento de identidade;
 - o Comprovante de residência com CEP;
 - o Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - o CPF.
4. Cópia dos exames:
 - o TGO/AST
 - o Gamaglobulina sérica
 - o Laudo de biópsia hepática
 - o Descrição clínica informando detalhadamente os sinais e sintomas (e se há sintomas constitucionais incapacitantes)
 - o Descrição do escore ERDHAI (OU os seguintes exames e relatório, a fim de comprovar o diagnóstico da doença: fosfatase alcalina, TGP, TGO, gamaglobulina, IgG, FAN, AML, anti-LKM1, antimitocôndria, marcadores de hepatites virais: anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBc total, anti-HCV e HCV-RNA qualitativo, anexo descrição de consumo de fármacos hepatotóxicos atual ou recente; descrição do consumo médio de álcool (em gramas/dia) ou descrever ausência do consumo de álcool; descrição da presença de outra doença autoimune [própria ou em familiar de primeiro grau]).
 - o **OU**, se houver outras doenças autoimunes concomitantes, os critérios simplificados para Diagnóstico de HAI (OU os seguintes exames e relatório, a fim de comprovar o diagnóstico da doença: FAN, AML, anti-LKM1, Anti-SLA/LP,
 - o IgG, Gamaglobulina, marcadores de hepatites virais: anti HAV IgM, HBsAg, anti-HBc total, anti-HCV e HCV-RNA qualitativo, Laudo de biópsia hepática, AST/TGO, ALT/TGP e informar em laudo médico se há sintomas constitucionais incapacitantes;
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.](#)

Renovação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
Semestralmente
 - Hemograma com plaquetas;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

Azatioprina – Hepatite Autoimune