

## NORMA TÉCNICA 10/2013

### IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE DE FÍGADO

#### 1. INTRODUÇÃO

O transplante de fígado foi o mais importante avanço no tratamento da doença hepática crônica terminal das últimas décadas. Atualmente, é considerado tratamento definitivo para pacientes com doença hepática terminal. Além da cirrose avançada, também está indicado na insuficiência hepática aguda grave, no carcinoma hepatocelular, na síndrome de Budd-Chiari, na colangite esclerosante primária, na polineuropatia amiloidótica familiar, em algumas doenças metabólicas, entre outras. A imunossupressão objetiva prevenir ou reduzir os episódios de rejeição ao enxerto, permitindo o funcionamento adequado do órgão transplantado. É indispensável para estabelecer o estado de indução, manter a imunossupressão e tratar os eventuais episódios de rejeição aguda e crônica.

#### 2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 4 - Fígado transplantado

#### 3. MEDICAMENTO

Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL

Sirolimo drágea 1 mg

Sirolimo drágea 2 mg

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

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 de fígado, refratária à terapia padrão com glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina, azatioprina e tacrolimo;

Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina, azatioprina e 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
10/2021	03	Mudança layout Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout Sem sugestões do comitê	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