

## 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 imunossupressores, 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

Tacrolimo cápsula 1 mg

Tacrolimo cápsula 5 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);

##### a) Tacrolimo

Pacientes que tenham realizado transplante cardíaco, refratários à terapia padrão com glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina e azatioprina;

Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina e azatioprina.

##### b) Sirolimo

Pacientes que tenham realizado transplante cardíaco, refratário à terapia com 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

<b>Data</b>	<b>Rev.</b>	<b>Atualização</b>	<b>Revisores</b>
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