

NORMA TÉCNICA 12/2013

IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE DE PULMÃO

1. INTRODUÇÃO

O transplante de pulmão pode beneficiar pacientes com problemas pulmonares evolutivos que não respondem mais à medicação e necessitam de oxigenação artificial. Enquadram-se aí os portadores da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), de enfisema pulmonar, fibrose pulmonar, bronquiectasia, hipertensão pulmonar - males adquiridos ao longo da vida - e de fibrose cística, de origem congênita. Os imunossupressores agem em diferentes pontos da resposta imune, por isso são combinados em esquemas, cada qual atuando em diversas partes do processo de rejeição.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 2 - Pulmão 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 de pulmão, refratários à terapia padrão com glicocorticóide, ciclosporina e azatioprina;

Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, ciclosporina e azatioprina.

b) Sirolimo

Pacientes que tenham realizado transplante de pulmão, 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

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	03	Mudança layout	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