

NORMA TÉCNICA 27/2013

TROMBOCITEMIA ESSENCIAL OU IDIOPÁTICA

1. INTRODUÇÃO

A Trombocitemia Essencial-TE, também denominada trombocitemia idiopática, trombocitemia essencial ou trombocitose essencial, é uma desordem mieloproliferativa crônica, caracterizada por proliferação de megacariócitos na medula óssea (MO), levando ao aumento persistente de plaquetas circulantes. Além do número elevado de plaquetas, essa doença é caracterizada por acentuada hiperplasia de megacariócitos na medula óssea, eventualmente esplenomegalia e um curso clínico caracterizado por episódios trombóticos e/ou hemorrágicos.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

D47.3 - Trombocitemia Essencial (hemorrágica)

3. MEDICAMENTO

Anagrelida comprimido 0,5mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
- Residir no estado de Pernambuco;
- Diagnóstico realizado por médico especialista (Hematologista);
- Ausência, falha de resposta, citopenias significativas ou intolerância à hidroxíureia, na dose máxima tolerada, mantendo contagens de plaquetas persistentemente superiores a 600.000/mm³.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
- Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
- Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
- Idade inferior a sete anos de idade;
- Pacientes com intolerância a galactose, deficiente Lapp da lactose ou má absorção da glicose-galactose;

Disfunção hepática severa.

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 3 (três) meses de tratamento;

Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;

Avaliação de delírio e alucinação na doença de alzheimer (RISPERIDONA)

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

Hemograma completo com plaquetas;

Mielograma **OU** Biópsia de Medula Óssea.

Facultativo (parecer cardiológico)

ALT, AST, uréia e creatinina

Renovação a cada 6 (seis) meses

Hemograma completo com plaquetas;
ALT, AST, uréia e creatinina

7. REVISÕES

Rev	Data	Atualização	Revisores
05	10/2020	Atualização do critério de inclusão: Ausência, falha de resposta, citopenias significativas ou intolerância à hidroxiureia, na dose máxima tolerada, mantendo contagens de plaquetas persistentemente superiores a 600.000/mm ³ . Inclusão de exames iniciais: ALT, AST, ureia e creatinina e parecer cardiológico (optativo) Inclusão de exames de renovação: ALT, AST, ureia e creatinina	CEFT e CAFT
04	08/2018	Atualização do critério de exclusão: ao invés de idade superior a 7 anos, fica idade inferior a 7 anos /Corrigido Nome do medicamento	CEFT e CAFT
03	11/2016	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
02	12/2014	Atualização	CEFT e CAFT
01	11/2013	Revisão e Aprovação	CEFT e CAFT
00	11/2013	Criação da Norma - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CEFT e CAFT