

NORMA TÉCNICA 04/2012

DOENÇAS HEPÁTICAS

1. INTRODUÇÃO

As doenças hepáticas são classificadas de acordo com a causa e o efeito sobre o fígado. As causas incluem infecções, lesões, exposição a medicamentos ou substâncias tóxicas, e defeitos genéticos que causam o acúmulo de substâncias nocivas, como ferro ou cobre. Entre as doenças hepáticas mais frequentes encontram-se: hepatites virais; esteatose hepática (infiltração gordurosa do fígado); doenças metabólicas; patologias de origem autoimune; hepatotoxicidade causada por drogas e obstrução completa ou parcial dos ductos biliares.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

- K 70 – Doença alcoólica do fígado
- K 71 – Doença hepática tóxica
- K 74 – Fibrose cirrose hepática
- K 75.4 – Hepatite autoimune
- K 76 – Outras doenças do fígado
- K 77 - Transtornos do fígado em doenças classificadas em outra parte
- K 80 – Colelitíase
- K 83 – Outras doenças das vias biliares
- K 87 – Transtornos da Vesícula Biliar, das Vias Biliares e do Pâncreas em Doenças Classificadas em Outra Parte.

3. MEDICAMENTO

- Ácido Ursodesoxicólico comprimido 150 mg
- Ácido Ursodesoxicólico comprimido 300 mg
- Dose preconizada – 10 a 15 mg/Kg de peso corpóreo ao dia, administrada por via oral 2 a 3 vezes ao dia.
- Dose Máxima – 20 mg/Kg de peso corpóreo ao dia, administrada por via oral 3 vezes ao dia.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Diagnóstico realizado por médico especialista (Gastroenterologista ou Hepatologista) em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS e confirmado por exames obrigatórios;
Residir no estado de Pernambuco;

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
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;

Paciente com diagnóstico de hepatite aguda grave, icterícia obstrutiva, obstrução completa, hipertensão da via biliar;

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

Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);

Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);

Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);

Cópia do exame de Gama GT (Validade de 90 dias);

Cópia do exame de Fosfatase Alcalina (Validade de 90 dias);

Cópia do exame de Tempo de Protrombina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Bilirrubina (Validade de 90 dias);
Cópia do Laudo de Ultrassonografia Abdominal (ecografia) (validade de até um ano);

Renovação a cada 6 meses

Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Gama GT (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Fosfatase Alcalina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Tempo de Protrombina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Bilirrubina (Validade de 90 dias);

Renovação a cada 12 meses

Cópia do Laudo de Ultrassonografia Abdominal (ecografia)

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
07/2023	05	Inserção de CID, retirada critério de exclusão, aumento de dose máxima diária	CAFT e DGAF
09/2021	04	Mudança do Layout para impressão em DOE Nenhuma sugestão do CAFT	CEFT e CAFT
09/2018	03	Mudança do layout	CEFT e CAFT
11/2016	02	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
06/2012	00	Criação e aprovação da Norma	CEFT e CAFT