



# COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



<b>CABERGOLINA</b> <b>BROMOCRIPTINA</b> <b>OCTREOTIDA</b>	<b>Acromegalia:</b> Tomografia computadorizada ou Ressonância de crânio, IGF-1, glicemia, TSH e GH.	<b>Acromegalia:</b> GH, IGF-1. <b>Para octreotida:</b> Acrescentar glicemia e TSH. <b>(TRIMESTRAL)</b>
	<b>Prolactinemia:</b> Tomografia computadorizada ou Ressonância de crânio, prolactina, B-HCG, Uréia, creatinina, AST/ALT e TSH.	<b>Prolactinemia:</b> Prolactina, uréia, creatinina, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>GABAPENTINA</b> <b>TOPIRAMATO</b> <b>LAMOTRIGINA</b> <b>VIGABATRINA</b> <b>ETOSSUXIMIDA</b> <b>CLOBAZAM</b> <b>NITRAZEPAM</b> <b>PRIMIDONA</b>	Eletroencefalograma, creatinina, ALT/AST e Tomografia computadorizada ou Ressonância de crânio.	Creatinina, ALT/AST. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>ATORVASTATINA</b> <b>BEZAFIBRATO</b> <b>GENFIBROZILA</b> <b>LOVASTATINA</b> <b>PRAVASTATINA</b> <b>FLUVASTATINA</b> <b>ETOFIBRATO</b> <b>FENOFIBRATO</b> <b>CIPROFIBRATO</b>	Colesterol total + frações (HDL, LDL, VLDL) triglicérides, ALT/AST, CPK, e TSH. <b>OBS: O LDL colesterol pode ser calculado pela fórmula de Friedewald.</b>	Colesterol total + frações (HDL, LDL, VLDL) triglicérides, ALT/AST e CPK. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>RISEDRONATO</b> <b>PAMIDRONATO</b> <b>RALOXIFENO</b> <b>CALCITONINA</b>	Densitometria óssea ( validade de 1 ano), calcemia, calcifúria de 24 horas, uréia e creatinina. <b>Para Raloxifeno acrescentar:</b> Colesterol total + frações (HDL, LDL, VLDL), triglicérides, glicose e hemograma.	Calcemia e calcifúria de 24 horas. <b>(TRIMESTRAL)</b> Uréia e creatinina. <b>(ANUAL)</b> Densitometria óssea. <b>(ANUAL)</b> <b>Para Raloxifeno acrescentar:</b> Colesterol total + frações (HDL, LDL, VLDL), triglicérides, glicose e hemograma. <b>(ANUAL)</b>
<b>CALCITRIOL</b>	<b>Osteoporose:</b> Densitometria óssea ( validade de 1 ano), calcemia, calcifúria de 24 horas, uréia e creatinina.	<b>Osteoporose:</b> Calcifúria de 24 horas, Calcemia, uréia e creatinina. <b>(TRIMESTRAL)</b> Densitometria óssea. <b>(ANUAL)</b>
	<b>Osteodistrofia Renal e Insuficiência Renal:</b> Uréia, creatinina, PTH, fosfatase alcalina, calcemia e fósforo sérico.	<b>Osteodistrofia Renal e Insuficiência Renal:</b> Uréia, creatinina, PTH, calcemia e fósforo sérico. <b>(TRIMESTRAL)</b>
	<b>Hipoparatiroidismo:</b> PTH, calcemia, calcifúria de 24 horas, fósforo sérico, magnésio, uréia e creatinina.	<b>Hipoparatiroidismo:</b> PTH, calcemia, calcifúria de 24 horas, fósforo sérico, magnésio, uréia e creatinina. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>DEFERROXAMINA</b>	<b>Osteodistrofia Renal:</b> Dosagem de alumínio, uréia, creatinina e hemograma c/ plaquetas.	Dosagem de alumínio, uréia e creatinina. <b>(TRIMESTRAL)</b>
	<b>Alteração do metabolismo do ferro:</b> Ferritina, ferro sérico e saturação de transferrina.	Ferritina, ferro sérico e saturação de transferrina. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>GALANTAMINA</b> <b>DONEPEZIL</b> <b>RIVASTIGMINA</b> <b>PIRIDOSTIGMINA</b>	Tomografia computadorizada ou Ressonância de crânio, mini exame de estado mental ou escala de demência, hemograma com plaquetas, sódio, potássio, glicose, uréia ou creatinina, TSH, VDRL e dosagem de vitamina B12. <b>Para Galantamina:</b> Acrescentar AST/ALT.	Mini exame de estado mental ou escala de demência. <b>(TRIMESTRAL)</b>



# COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



<p><b>SULFASSALAZINA</b></p> <p><b>MESSALAZINA</b></p>	<p><b>Artrite reumatóide:</b> Relatório do raio x das mãos, ALT/AST, uréia, creatinina , urina tipo 1, hemograma com plaquetas e VHS, proteína C reativa, fator reumatóide, relatório médico com descrição dos sinais e sintomas.</p> <p><b>Artrite Reativa (Doença de Reiter) e Espondilite Anquilosante:</b> Acrescentar dosagem de HLA B27.</p> <p><b>Retocolite Ulcerativa:</b> Retossigmóide ou colonoscopia com biópsia, urina tipo 1, hemograma, AST/ALT.</p> <p><b>Doença de Crohn:</b> Acrescentar o relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn).</p>	<p>Urina tipo 1, uréia, creatinina, hemograma completo com plaquetas, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Para Doença de Crohn:</b> Acrescentar o relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn). <b>(SEMESTRAL)</b></p>
<p><b>ETANERCEPTE</b></p> <p><b>ADALIMUMABE</b></p> <p><b>INFLIXIMABE</b></p>	<p><b>Artrite reumatóide:</b> Laudo do raio X das mãos, ALT/AST, uréia, creatinina , urina tipo 1, hemograma com plaquetas e VHS, proteína C reativa, fator reumatóide, relatório médico com descrição dos sinais e sintomas.</p> <p><b>Espondilite Anquilosante:</b> Acrescentar dosagem de HLA B27.</p> <p><b>Doença de Crohn:</b> Retossigmóide ou colonoscopia com biópsia, urina tipo 1, hemograma, AST/ALT e relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn).</p> <p><b>OBS: Para infliximabe será solicitado relatório de infusão.</b></p>	<p>Uréia, creatinina, hemograma completo com plaquetas, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Para Doença de Crohn:</b> Acrescentar o relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn). <b>(SEMESTRAL)</b></p> <p><b>OBS: Para infliximabe será solicitado relatório de infusão.</b></p>
<p><b>HIDROXICLOROQUINA</b></p> <p><b>CLOROQUINA</b></p> <p><b>LEFLUNOMIDA</b></p>	<p>Laudo do raio x das mãos, ALT/AST, uréia, creatinina , urina tipo 1, hemograma com plaquetas e VHS, proteína C reativa, fator reumatóide, relatório médico com descrição dos sinais e sintomas.</p>	<p>Hemograma completo com plaquetas, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<p><b>METOTREXATO</b></p>	<p><b>Artrite reumatóide:</b> Laudo do raio x das mãos, ALT/AST, uréia, creatinina , urina tipo 1, hemograma com plaquetas e VHS, proteína C reativa, fator reumatóide, relatório médico com descrição dos sinais e sintomas.</p> <p><b>Espondilite Anquilosante:</b> Acrescentar dosagem de HLA B27.</p> <p><b>Doença de Crohn:</b> Retossigmóide ou colonoscopia com biópsia, urina tipo 1, hemograma, AST/ALT e relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn).</p>	<p>Uréia, creatinina, hemograma completo com plaquetas, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Para Doença de Crohn:</b> Acrescentar o relatório médico com o IADC (Índice de atividade da doença de crohn). <b>(SEMESTRAL)</b></p>
<p><b>MORFINA</b></p> <p><b>CODEINA</b></p> <p><b>METADONA</b></p>	<p>Relatório médico com a escala de dor (OMS) e exame diagnóstico da doença de base.</p>	<p>Não são necessários exames.</p>
<p><b>GLATIRAMER</b></p> <p><b>BETAINTERFERON</b></p> <p><b>NATALIZUMABE</b></p>	<p>Ressonância Magnética Nuclear, escala EDSS (escala expandida do estado da disfunção), hemograma completo e plaquetas, AST/ALT e TSH.</p> <p><b>Para natalizumabe:</b> Acrescentar relatório médico indicando falha terapêutica a interferon e glatiramer.</p>	<p>Escala EDSS, hemograma completo com plaquetas, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Para natalizumabe:</b> Hemograma com plaquetas deve ser entregue <u>mensalmente</u>.</p>
<p><b>RILUZOL</b></p>	<p>Ressonância Magnética de encéfalo e junção craniocervical , Eletroencefalografia, hemograma completo , uréia, creatinina, tempo de protrombina, B-HCG (mulheres) AST/ALT.</p>	<p>Hemograma completo, AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<p><b>CLOZAPINA</b></p>	<p>Hemograma com plaquetas.</p>	<p>Hemograma com plaquetas. <b>(MENSAL)</b></p>
<p><b>ACITRETINA</b></p>	<p>B-HCG (validade de 15 dias), hemograma com plaquetas, colesterol total + frações ( HDL, LDL, VLDL), triglicérides, uréia, creatinina, gama-GT, AST/ALT, glicose, fosfatase alcalina, bilirrubinas, anatomo patológico ou relatório médico com o diagnóstico.</p>	<p>B-HCG (validade de 15 dias), AST/ALT, colesterol total + frações (HDL, LDL VLDL), hemograma com plaquetas. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Para crianças até 10 anos:</b> Idade óssea. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<p><b>ISOTRETINOÍNA</b></p>	<p>Colesterol total + frações (HDL, LDL, VLDL) triglicérides, glicemia de jejum, hemograma completo com plaquetas, tempo de protrombina, AST/ALT, B-HCG ( validade de 15 dias).</p>	<p>AST/ALT. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p>B-HCG ( validade de 15 dias). <b>(MENSAL)</b></p>



# COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



<b>DANAZOL</b> <b>GOSERELINA</b> <b>LEUPRORRELINA</b>	<p><b>Endometriose:</b> Relatório médico comprovando tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestógenos por 06 meses, laparoscopia c/ anatomopatológico.</p> <p><b>Danazol:</b> Acrescentar B-HCG ( validade de 15 dias) e AST/ALT.</p>	<p><b>Goserelina e leuprorrelina:</b> Não são necessários exames.</p> <p><b>Danazol:</b> Hemograma com plaquetas. <b>(SEMESTRAL)</b></p>
	<p><b>Puberdade precoce:</b></p> <p><b>Meninos</b> - Exame de imagem do SNC (TC ou RM), idade óssea, estímulo LH basal ou no teste de estímulo em nível puberal e testosterona.</p> <p><b>Meninas</b> - Exame de imagem do SNC (TC ou RM), idade óssea, estímulo LH basal ou no teste de estímulo em nível puberal, US de lojas adrenais e pelve e estradiol.</p> <p><b>Em ambos os sexos:</b> Relatório médico com evolução de sinais de puberdade.</p>	<p>Relatório médico com acompanhamento da idade óssea e evolução de sinais de puberdade. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<b>FLUDROCORTISONA</b>	<p><b>Insuficiência Adrenal Primária:</b> ACTH, cortisol , renina plasmática, sódio, potássio e aldosterona.</p>	<p>Renina plasmática, sódio, potássio e aldosterona. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
	<p><b>Hiperplasia Adrenal Congênita:</b> Sódio, potássio, 17-OH-progesterona, androstenediona e renina plasmática.</p>	<p>Sódio, potássio, 17-OH-progesterona, androstenediona, renina plasmática e relatório com velocidade de crescimento e acompanhamento da idade óssea. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<b>FORMOTEROL</b> <b>BUDESONIDA</b> <b>SALMETEROL</b> <b>BECLOMETASONA</b>	<p>Prova de função pulmonar.</p>	<p>Prova de função pulmonar. <b>(SEMESTRAL)</b></p>
<b>CICLOFOSFAMIDA</b>	<p><b>Aplasia crônica de medula óssea:</b> Hemograma com plaquetas, Tomografia computadorizada de tórax, biópsia de medula óssea, anti-HIV, anti-HCV, anticorpo antinuclear.</p>	<p>Hemograma com plaquetas, ALT/AST, gama-GT e bilirrubinas <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<b>HIDR. DE ALUMÍNIO</b> <b>SEVELAMER</b>	<p>Uréia, creatinina, fósforo sérico, calcemia, PTH.</p>	<p>Uréia, creatinina, fósforo sérico, calcemia, PTH. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<b>SOMATROFINA</b>	<p><b>Hipopituitarismo;</b></p> <p><b>Adultos:</b> Relatório médico com idade, descrição e comprovação da deficiência prévia de GH e fatores de risco. RNM de hipófise, GH, IGF-1, glicemia, colesterol total + frações ( LDL, HDL, VLDL), triglicérides, TSH, T4 livre , T3 e densitometria óssea.</p> <p><b>Crianças:</b> Relatório com peso, altura, velocidade de crescimento, estadiamento puberal e altura. TC ou RNM de hipófise, dois testes para GH (data e estímulo diferente), IGF-1, glicemia, TSH, T4 livre, T3 e laudo da idade óssea.</p>	<p><b>Adultos:</b> Relatório médico justificando o uso da medicação, a dose utilizada e se caso, reações adversas secundárias ao uso da medicação. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p>Colesterol total + frações (LDL, HDL, VLDL) triglicérides, glicemia, IGF-1 e densitometria óssea. <b>(ANUAL)</b></p> <p><b>Crianças:</b> Relatório médico com idade cronológica, estatura e velocidade de crescimento. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p>Glicemia, TSH, T4 e T3, IGF-1, laudo da idade óssea. <b>(ANUAL)</b></p>
	<p><b>Síndrome de Turner:</b> Cariótipo e relatório médico com idade, peso e velocidade de crescimento, glicemia, TSH, idade óssea.</p>	<p>Glicemia, TSH, T4 e T3, IGF-1 e laudo da idade óssea. <b>(ANUAL)</b></p>
<b>FILGASTRIM</b> <b>MOLGAMOSTIM</b>	<p>Diagnóstico da doença de base, hemograma com plaquetas.</p> <p><b>Neutropenia congênita e mielodisplasia:</b> Aspirado de medula óssea.</p>	<p>ALT/AST, creatinina, ácido úrico e hemograma c/ plaquetas. <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p><b>Neutropenia congênita e mielodisplasia:</b> Aspirado de medula óssea. <b>(SEMESTRAL)</b></p>
<b>HIDRÓXIDO DE FERRO</b>	<p><b>Anemia secundária a insuficiência renal:</b> Relatório médico informando o tempo da hemodialise, informando se apresenta hemocromatose ou hemossiderose, uréia, creatinina, hemograma completo com plaquetas, ferritina, ferro sérico e saturação de transferrina.</p>	<p>Hemograma completo com plaquetas, ferritina, ferro sérico e saturação de transferrina. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>
<b>ALFAPOETINA</b>	<p><b>Anemia secundária a insuficiência renal crônica:</b> Relatório médico informando o estágio da doença renal e calculo da taxa de filtração glomerular.</p> <p>Hemograma completo com plaquetas, ferritina e saturação de transferrina.</p> <p><b>Anemia em doenças crônicas:</b> Diagnóstico da doença de base e hemograma com plaquetas.</p>	<p>Hemograma completo com plaquetas, ferritina, saturação de transferrina . <b>(TRIMESTRAL)</b></p> <p>Diagnóstico da doença de base e hemograma com plaquetas. <b>(TRIMESTRAL)</b></p>



# COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



<b>HIDROXIURÉIA</b>	Relatório médico com a descrição do quadro clínico e intensidade das crises, eletroforese de hemoglobina com HbF, hemograma completo com plaquetas, contagem de reticulócitos, DHL, B-HCG, AST/ALT, creatinina, ácido úrico, sorologia para hepatite B, C e HIV.	hemograma completo com plaquetas, contagem de reticulócitos, B-HCG, AST/ALT, creatinina, ácido úrico. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>PKU</b>	Duas medidas laboratoriais de fenilalanina sérica.	Dosagem de fenilalanina sérica. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>PANCRELIPASE</b>	Teste de sudam III ( Pesquisa de gordura fecal), RX de abdômen ou US de abdômen ou TC de abdômen ou colangiopancreatografia.  <b>Nos casos de Ressecção pancreática:</b> Laudo cirúrgico.	Relatório médico com descrição da evolução do quadro de esteatorréia, e estado nutricional através do IMC. <b>(SEMESTRAL)</b>
<b>ALFADORNASE</b>	Prova de função pulmonar, Raio X ou TC de tórax.	Prova de função pulmonar e Raio X de tórax. <b>(SEMESTRAL)</b>
<b>AZATIOPRINA CICLOSPORINA TACROLIMO MICOFENOLATO EVEROLIMO SIROLIMO</b>	<b>Para Transplantes de órgãos e tecidos:</b> Relatório médico com a data e os dados do transplante.  <b>Demais patologias contempladas pela portaria nº 3439:</b> Exames que comprovam diagnóstico da patologia, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.	<b>Demais patologias contempladas pela portaria nº 3439:</b> Exames para monitorização de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.
<b>IMUNOGLOBULINA HUMANA</b>	<b>Síndrome de Guillain Barrê:</b> Laudo médico do neurologista com o diagnóstico da doença com o grau de incapacidade, dosagem de uréia, creatinina e IgA.	Não são necessários exames.
	<b>Dermatomiosite e polimiosite:</b> Biópsia muscular, CPK, eletromiografia, fator antinuclear, IgA.	Uréia, creatinina, albumina, CPK e tempo de protrombina. <b>(TRIMESTRAL)</b>
	<b>Miastemia Gravis:</b> Eletro-neuromiografia, anticorpo anti-receptor de Ach, TC de tórax, hemograma com plaquetas, AST/ALT, uréia, creatinina, VHS, TSH, fator reumatóide.	Uréia, creatinina, IgA. <b>(TRIMESTRAL)</b>
	<b>Imunodeficiência primária:</b> IgA, IgM, IgG total, laudo médico ou exame que comprova a ocorrência de infecções oportunistas, hemograma, AST/ALT, albumina e tempo de protrombina.	Hemograma completo, IgG, urina-1, uréia, creatinina, albumina e tempo de protrombina. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>IMUNOGLOBULINA ANTI HEPATITE B</b>	HBSAG, HBCAG, anti-HBC e detecção de RNA qualitativo.	Hemograma c/plaquetas. <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>ALFA-INTERFERON ALFA-PEG-INTERFERON RIBAVIRINA LAMIVUDINA ADEFOVIR ENTECAVIR TENOFVIR</b>	Hemograma com plaquetas, AST/ALT, tempo de protrombina, bilirrubinas, uréia, albumina, creatinina, glicemia de jejum, biópsia hepática, HBSAG, HBCAG, anti-HBC, anti-HIV, anti-HCV, TSH e detecção de RNA qualitativo e quantitativo.  <b>Nos casos de Hepatite C deve-se acrescentar a genotipagem.</b>  <b>Para alfa-peg-interferon:</b> Exames relacionados acima, mais determinação da carga viral.	TSH, glicemia de jejum, hemograma com plaquetas, uréia, creatinina, AST/ALT e B-HCG ( validade de 15 dias). <b>(TRIMESTRAL)</b>
<b>DESMOPRESSINA</b>	Teste de osmolaridade plasmática e urinária, sódio, potássio, T3, T4, TSH, cálcio, glicemia, uréia e creatinina.	Sódio e potássio. <b>(TRIMESTRAL)</b>