



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMILIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Anemia Hemolítica Autoimune (D59.0, D59.1)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	* Hemograma *TCD (Teste de Coombs Direto) *Desidrogenase láctica ou haptoglobina ou contagem de reticulócitos *Para a identificação do subtipo: Anti-IgG ou anti-IgA ou Anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas ou AntilgG com teste de Donath-Landsteiner.	Sim
Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha (D60. 0)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	* Hemograma, com análise de esfregaço periférico e contagem de plaquetas e reticulócitos; * Biópsia e aspirado de medula óssea. A critério do médico prescritor: *Laudo/relatório médico da tomografia computadorizada de tórax para investigação de timoma; * Pesquisa de anticorpos anti-HCV; *Pesquisa de anticorpos anti-HIV; *Pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares. Para Portadores de Parvovírus B19: * Pesquisa de anticorpos anti-B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral no soro por técnicas de biologia molecular.	Não



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMILIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Dermatomiosite e Polimiosite (M33.0, M33.1, M33.2)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	Apresentar 2 dos 3 exames abaixo: * Biópsia muscular; * Dosagem sérica - CPK (creatinofosfoquinase) ou Aldolase ou DHL (Desidrogenase Láctica) ou TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) e TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica); * Eletromiografia.	Não
Doença pelo HIV resultando em outras doenças (B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0, B23.1, B23.2, B23.8, B24)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	Não há necessidade	Não há necessidade



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMILIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos (D80.0, D80.1, D80.3, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.4, D81.5, D81.6, D81.7, D81.8, D82.0, D82.1, D83.0, D83.2, D83.8)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	*Concentração sérica das imunoglobulinas (IgG total, IgA, IgM); * Avaliação da síntese ativa de anticorpos; * Dosagem sérica – creatinina; * Dosagem sérica – uréia; * Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética); * Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica); * TP (Tempo de Protombina); * Dosagem sérica – albumina; * Laudo médico ou exames que comprovem a ocorrência de infecções típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos.	Sim
Miastenia gravis (G70.0)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	* Eletroencefalografia ou Pesquisa de Anticorpo Antirreceptor de Ach (Acetilcolina); * Descrição, no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), do quadro clínico do paciente, evidenciando a crise miastênica.	Sim



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMILIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Púrpura Trombocitopênica Idiopática (D69.3)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	* Hemograma com contagem de plaquetas; * Descrição em relatório médico ou no campo “anamnese” do LME das seguintes informações: classificação da PTI (grave, persistente, crônica, recentemente diagnosticada); presença de sangramento; ausência de resposta ou contraindicação a esplenectomia; ausência de resposta aos corticosteroides e imunoglobulina humana intravenosa.	Não
Síndrome de Guillain-Barré (G61.0)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	* Relatório médico emitido por neurologista com descrição de dois critérios essenciais, pelo menos três critérios clínicos sugestivos (conforme PCDT) e análise do liquor e estudo neurofisiológico compatíveis com a doença e investigação adicional criteriosa com intuito de afastar outras etiologias. A critério do médico prescritor: * Dosagem sérica – creatinina.	Sim



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMÍLIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica associada a Covid-19 (B34.2)	Descrição, no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), o quadro clínico do paciente relatando sinais e sintomas, evidenciando, se for o caso	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	Cópia da Notificação de SIM-P, a notificação deverá ser realizada pelos serviços de saúde ou pela autoridade sanitária local do paciente.	Não



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMILIO RIBAS”
Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo – SP



CIDs contemplados para o atendimento de Imunoglobulina Humana pelo Componente Especializado

CID	LME	Receita em (02) duas vias	Cópia de documentos pessoais : RG, CNES e comprovante residência com CEP	Cópia de Exames	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Imunossupressão no Transplante Renal (T86.1, Z94.0)	Sim Deverá ser utilizado modelo novo (para 6 meses)	Sim Especificar quantitativo necessário ao tratamento em número de frascos (considerar 5g/frasco)	Sim	<p>Não são exigidos exames de diagnóstico inicial, porém, o médico prescritor deverá descrever no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) a data do transplante se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados.</p> <p>A critério do médico prescritor:</p> <p><u>Para rejeição aguda celular:</u></p> <ul style="list-style-type: none">* Dosagem sérica – creatinina. <p><u>Para rejeição aguda mediada por anticorpos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">* Pesquisa anticorpo anti-HLA (Antígeno Leucocitário Humano);* Biópsia renal. <p><u>Para rejeição crônica:</u></p> <ul style="list-style-type: none">* Dosagem sérica – creatinina;* Ultrassonografia e doppler colorido da vasculatura do enxerto;* Biópsia renal.	Sim