

PCDT 2 – Fibrose Cística- PORTARIA Nº 140/2015/GBSES**Tratamento farmacológico das exacerbações pulmonares****Tecnologias disponíveis:**

- a) Colistimetato inalatório
- b) Tobramicina inalatória

CIDs 10 Contemplados

- ❖ E84 Fibrose cística
- ❖ E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
- ❖ E84.8 Fibrose cística com outras manifestações
- ❖ E84.9 Fibrose cística não especificada

Critérios de Inclusão**Critérios Gerais**

- ❖ Pacientes com diagnóstico confirmado de fibrose cística devidamente comprovada por teste do pezinho ou teste do suor ou laudo médico de profissional ligado ao centro de referência da fibrose cística.
- ❖ Somente pacientes atendidos no centro de referência estadual para fibrose cística (Hospital Universitário Julio Muller).

Critérios Inerentes a Tobramicina Inalatória

- ❖ Cultura de swab de orofaringe positiva para *Pseudomonas aeruginosa* (apresentar exame de cultura). OU
- ❖ Antibiograma revelando sensibilidade bacteriana à tobramicina (neste caso apresentar o referido exame). OU
- ❖ Apresentar contraindicação ao uso de colistimetato: Hipersensibilidade aos componentes do colistimetato ou polimixina B (devidamente comprovada por relatório médico) ou Miastenia gravis (devidamente comprovada por relatório médico).

Critérios Inerentes ao Colistimetato

- ❖ Apresentar antibiograma revelando resistência bacteriana à tobramicina ou a outro aminoglicosídeo (neste caso apresentar o referido exame). OU
- ❖ Hipersensibilidade aos componentes da tobramicina (devidamente comprovada por relatório médico). OU
- ❖ Apresentar contraindicação para o uso de tobramicina inalatória (devidamente comprovada por relatório médico). OU
- ❖ Apresentar-se refratário ou não responsivo ao tratamento com tobramicina inalatória (comprovado por relatório médico).

Casos Especiais

- ❖ Pacientes internados que necessitem reiniciar o tratamento com tobramicina inalatória ou colistimetato.

Critérios de Exclusão

- ❖ O não preenchimento dos critérios de inclusão.

Documentação obrigatória

- ❖ Receita médica (só serão aceitas prescrições de profissionais ligados ao centro de referência estadual para fibrose cística).
- ❖ Termo de esclarecimento e responsabilidade devidamente assinado (conforme anexo 02).
- ❖ Relatório médico padrão justificando o motivo da indicação do antibiótico: laudo de medicamento especializado (LME) do Ministério da Saúde.
- ❖ Cópia dos documentos pessoais: RG, CPF, cartão SUS e comprovante de residência (*Exceto para casos especiais: indígenas e pacientes privados de liberdade).

Exames Exigidos (Cópia)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cultura de swab de orofaringe; ou ❖ Antibiograma.
Exames Facultativos
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Espirometria; ❖ Cultura de escarro; ❖ Raio X de pulmão. ❖ Tomografia de tórax ❖ Dosagem de IGE total
Documentos necessários para renovação do processo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Receita médica atualizada emitida por profissional ligado ao centro de referência da fibrose cística. ❖ Laudo médico padrão (LME).
Medicamentos – Quantidade Máxima
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colistimetato de sódio 1.000.000UI Pó líofilo para injeção/inalação. Frasco-ampola (Código Procedimento – 0621130006): 60 frascos/mês. ❖ Tobramicina 300mg Solução para inalação. Frasco ou flaconete de 5ml ou 4ml (Código Procedimento – 0626790002): 30 frascos/mês.
Assistência Nutricional na Fibrose Cística
Tecnologias disponíveis:
<ol style="list-style-type: none"> a) Polímero de glicose. b) Módulo de Triglicerídeos de Cadeia Média. c) Dieta líquida 1,5Kcal/ml. d) Dieta do tipo Tipo: Nutren Junior/ Fortini/ Prosure/ Pediture complete. e) Suplemento do Tipo: Nutren active (sabores diversos)/ Sustain 30/ Sustagem.
CID 10 Contemplados
<ul style="list-style-type: none"> ❖ E84
Critérios de Inclusão
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pacientes com diagnóstico confirmado de fibrose cística devidamente comprovada por teste do pezinho ou teste do suor ou laudo médico de profissional ligado ao Centro de Referência da Fibrose Cística.
Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> ❖ O não atendimento ou atendimento parcial dos critérios de inclusão.
Documentação obrigatória
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prescrição nutricional da fórmula proveniente do Centro de Referência; ❖ Relatório padrão do médico e/ou do nutricionista justificando o motivo da indicação da fórmula; ❖ Cópia dos documentos pessoais: RG, CPF, cartão SUS e comprovante de residência.
Exames Exigidos (Cópia)
Não se aplica
Exames Facultativos
Não se aplica
Documentos necessários para renovação do processo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prescrição nutricional da fórmula atualizada proveniente do Centro de Referência. ❖ Laudo médico ❖ Avaliação Nutricional atualizada realizada pelo nutricionista do Centro de Referência.
Tecnologias (Nutrição) – Quantidade Máxima
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Módulo de maltodextrina 100%, tipo uso enteral ou oral, isenta de sabor, sacarose, lactose e glúten, com cerca de 93 a 97g de carboidrato/100g do produto(Código Procedimento – 2001050002): <p>Via oral e cateter de nutrição enteral: 15 embalagens de 400g/mês ou 11 embalagens de 550g/mês</p>

ou 6 embalagens de 1Kg pacotes/mês.

Via oral: 08 embalagens de 400g/mês ou 05 embalagens de 550g/mês ou 3 embalagens de 1Kg pacotes/mês.

- ❖ Módulo de triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais, 100% TCM, para dieta oral ou enteral, isento de sabor, sacarose, lactose e glúten (Código procedimento – 2001050003):

Via oral e cateter de nutrição enteral: 07 embalagens 250ml/mês ou 4 embalagens de 500ml/ mês.

Via oral: 04 embalagens 250ml/mês ou 2 embalagens de 500ml/ mês.

- ❖ Dieta nutricionalmente completa, aspecto físico líquido (mínimo de 1,5 kcal/ml), hiperproteica, baixa osmolaridade, presença de TCM, presença de fibras. Isenta de sacarose, glúten, colesterol e lactose. Distribuição calórica: acima de 15% de proteína, acima de 40% de carboidratos:

253 embalagens de 237ml/mês ou 240 embalagens de 250ml/mês ou 120 embalagens de 500ml/mês ou 60 unidades de 1litro/mês.

- ❖ Alimento nutricionalmente completo, para uso oral ou enteral, aspecto físico pó. Isento de lactose, glúten e colesterol. Indicada para crianças debilitadas com déficit de crescimento e baixo peso. Dieta do tipo Tipo: Nutren Junior/ Fortini/ Prosure/ Pediasure complete.

a) Nutren Junior (Código Procedimento – 2001010004)

b) Pediasure complete (Código Procedimento – 2101050001)

c) Prosure (Código Procedimento – 2003020012)

d) Fortini

Via oral e cateter de nutrição enteral: 45 unidades de 380g ou 43 unidades de 400g ou 19 unidades de 900g.

Via oral: 20 unidades de 380g ou 19 unidades de 400g ou 9 unidades de 900g.

- ❖ Suplemento instantâneo, para uso oral e enteral, enriquecido com minerais e vitaminas, com leite em pó desnatado, podendo conter leite integral em pó. Com gordura láctea. Podendo conter sacarose e ser consumido frio ou quente.

a) Nutren active

b) Sustain 30

c) Sustagem

Via oral e cateter de nutrição enteral: 39 unidades de 400g/mês ou 35 unidades de 450g/mês.

Via oral: 20 unidades de 400g/mês ou 17 unidades de 450g/mês.