



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE
TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA**



Portaria Conjunta SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 de Fevereiro de 2026

Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente (nome completo)* _____, nome social (quando aplicável) _____, apresenta diagnóstico de PTI primária, definido como contagem de plaquetas menor que 100.000/mm³ E descarta-se outras condições clínicas que cursam com trombocitopenia.

SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO*:

- () Imunoglobulina Humana IV () Azatioprina () Ciclofosfamida () Rituximabe
() Eltrombopague () Rimoplostim () Danazol

PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA:

O paciente deve apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

- A. () Presença de sangramento significativo, incluindo emergências, definidas como presença de sangramento intracraniano ou mucoso, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
B. () Contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm³;
C. () Contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento, que incluem: presença de coagulopatias; OU uso de anticoagulantes; OU presença de doenças vasculares; OU preparo para cirurgias e procedimentos invasivos; OU outros fatores de risco para sangramento, como exposição ocupacional, hipertensão arterial ou epilepsia não controladas;
D. () Gestante: contraindicação ou ausência de resposta aos corticóides ou presença de sangramento, e plaquetas abaixo de 30.000/mm³ durante a gestação.

LEMBRETE: Será autorizado a dose de IgIV até 1g/kg/dia para UM dia de tratamento, caso no segundo dia a contagem das plaquetas permanecerem < 30.000/mm³ ou < 50.000/mm³ na presença de sangramento (situação de emergência), deve-se encaminhar novo exame de hemograma com contagem de plaquetas para nova autorização (dose máxima até 2g/kg/ciclo), OU pode ser solicitada inicialmente a dose de 400mg/kg/ciclo, durante cinco dias.

PARA SOLICITAÇÃO DE AZATIOPRINA OU CICLOFOSFAMIDA:

O paciente deve apresentar **todos** os seguintes critérios:

- A. () PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico);
B. () Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha (i.e., corticoides e IVIg).

PARA SOLICITAÇÃO DE RITUXIMABE:

O paciente deve apresentar **idade superior a 2 anos e todos** os seguintes critérios:

- A. () PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico);
B. () Ausência de resposta, dependência (uso crônico por mais de oito semanas) ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha (i.e., corticoides e IVIg).

PARA SOLICITAÇÃO DE ELTROMBOPAGUE:

O paciente deve apresentar **idade superior a 6 anos** e os seguintes critérios (**A e pelo menos um dos critérios B, C ou D**):

- A. () PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) E
B. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm³) OU
C. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento) OU
D. () Contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos: azatioprina **OU** ciclofosfamida **OU** rituximabe.

PARA SOLICITAÇÃO DE ROMIPLOSTIM:

O paciente deve apresentar **idade superior a 1 ano** e os seguintes critérios **(A e pelo menos um dos critérios B, C ou D)**:

- A. () PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) E
- B. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm3) OU
- C. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm3 na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento) OU
- D. () Contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos: azatioprina **OU** ciclofosfamida **OU** rituximabe.

PARA SOLICITAÇÃO DE DANAZOL:

O paciente deve apresentar **idade superior a 18 anos** e os seguintes critérios **(A e pelo menos um dos critérios B, C ou D)**:

- A. () PTI persistente OU crônica (duração da PTI maior que 3 meses a partir do diagnóstico) E
- B. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 30.000/mm3) OU
- C. () Ausência de resposta (contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm3 na presença de sangramento ou de fatores de risco para sangramento) OU
- D. () Contraindicação ao tratamento com ao menos um dos medicamentos: eltrombopague **OU** romiplostim

Preenchimento obrigatório do Termo de Consentimento abaixo para a solicitação dos medicamentos MMCDbio (Rituximabe):

TERMO DE CONSENTIMENTO DOS MEDICAMENTOS IMUNOBiolÓGICOS

Considerando as Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 2 e nº 6/2017 que regulamentam a execução e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF e Portaria de Consolidação nº 5/2017 que determina os critérios para aquisição e disponibilização de medicamentos estratégicos no SUS, os medicamentos imunobiológicos fornecidos por meio do CEAF poderão ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde nas formas: medicamento originador e medicamento bioequivalente.

Desta forma, eu _____ CRM/UF nº _____, declaro estar ciente da intercambialidade entre os medicamentos imunobiológicos (originador e bioequivalente) de forma automática em conformidade com apresentação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para o paciente _____, desde de que o medicamento esteja em uso pelo tempo mínimo necessário definido para sua troca.

Medicamento Imunobiológico: _____ CID-10: _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data