

Portaria SAS/MS nº 73, de 30 de janeiro de 2013

* Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado

ANEXO PROTOCOLO DE USO DE TRASTUZUMABE NA QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO



Portaria SAS/MS nº 73, de 30 de janeiro de 2013

EC I

03.04.05.026-1 – POLIQT ADJUVANTE	03.04.05.029-6 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 3 MESES	MAXIMO DE 9 MESES

03.04.05.029-6 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 12 MESES

Portaria SAS/MS nº 73, de 30 de janeiro de 2013

EC II

03.04.05.027-0 – POLIQT ADJUVANTE	03.04.05.030-0 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 3 MESES	MAXIMO DE 9 MESES

03.04.05.030-0 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 12 MESES

Portaria SAS/MS nº 73, de 30 de janeiro de 2013

EC III

03.04.04.018-5 - POLIQT PREVIA HER 2+	SEM QT ADJUVANTE
MAXIMO DE 6 MESES	

03.04.04.018-5 - POLIQT PREVIA HER 2+	03.04.05.031-8 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 6 MESES	MAXIMO DE 6 MESES

03.04.05.028-8 –POLIQT ADJUVANTE	03.04.05.031-8 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 3 MESES	MAXIMO DE 9 MESES

03.04.05.031-8 – MONOQT ADJUVANTE
MAXIMO DE 12 MESES

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRASTUZUMABE - PREENCHIMENTO DOS HOSPITAIS HABILITADOS EM ONCOLOGIA NO SUS –OC 01/02/2013

ESTADO FEDERATIVO:

MUNICÍPIO:

HOSPITAL:

Nº CADASTRO NACIONAL DE SAUDE (CNES)

DIRETOR MÉDICO:

ENDEREÇO COMPLETO (COM CEP):

NÚMERO DE TELEFONE (COM DDD):

NÚMERO DE FAX (COM DDD):

ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):

MÊS:

FORMULÁRIO:

Controle	Prontuário	Paciente	HER2	Início	Finalidade	Tratamento	Ciclo atual
		Peso (kg)					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

Consumo mensal (mg):	0
Frascos/mês:	
440 mg:	1
150 mg:	1

Campos:

- | | |
|--------------|--|
| Hospital: | Hospital: CNES e nome fantasia |
| Mês: | Mês: período / competência |
| Formulário: | Formulário: número do formulário neste período / competência |
| Controle: | Controle: número de ordem na planilha mensal. |
| Prontuário: | Prontuário: registro identificado do usuário no Hospital. |
| Peso: | Peso: peso atual, em quilogramas. |
| HER2: | HER2: status HER2 na imunohistoquímica (+2 ou +3) |
| Início: | Início: data prevista para início do tratamento. |
| Finalidade: | Finalidade: usar o código 0 (prévia, neoadjuvante) e 1 (adjuvante) |
| Ciclo atual: | Ciclo atual: infomar o ciclo de tratamento |

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRASTUZUMABE À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - NT 04/03/2013

ESTADO FEDERATIVO:	
MUNICÍPIO:	
HOSPITAL:	
No. CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNES):	
DIRETOR MÉDICO:	
ENDEREÇO COMPLETO (COM CEP):	
NÚMERO DE TELEFONE (COM DDD):	
NÚMERO DE FAX (COM DDD):	
ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):	
MÊS:	
FORMULÁRIO:	

	Paciente			Dados Clínicos		Tratamento		
	Nome	No. Cartão SUS	No. APAC	Peso (kg)	HER2	Início	Finalidade (0 ou 1)	Período (1 ou 2)
1:								
2:								
3:								
4:								
5:								
6:								
7:								
8:								
9:								
10:								
11:								
12:								
13:								
14:								
15:								
16:								
17:								
18:								
19:								
20:								
21:								
22:								
23:								
24:								
25:								

Consumo mensal (mg):

Frascos/mês:	440 mg:	1
	<u>ou</u>	
	150 mg:	1

Campos:

<p>Hospital:</p> <p>Mês:</p> <p>Formulário:</p> <p>Controle:</p> <p>Paciente: Nome, número do cartão SUS e APAC:</p> <p>Dados clínicos: Peso</p> <p>Dados clínicos: HER2</p> <p>Tratamento: Início</p> <p>Tratamento: Finalidade</p> <p>Tratamento: Período</p>	<p>Hospital: CNES e nome fantasia</p> <p>Mês: período / competência</p> <p>Formulário: número do formulário neste período / competência</p> <p>Controle: número de ordem na planilha mensal.</p> <p>Identificação do paciente no Hospital.</p> <p>Peso: peso atual, em quilogramas.</p> <p>HER2: status HER2 na imunohistoquímica (+2 ou +3)</p> <p>Início: data prevista para início do tratamento.</p> <p>Finalidade: código 0 (prévia, neoadjuvante) ou 1 (adjuvante)</p> <p>código 1 (dose ou ciclo inicial) ou 2 (dose ou ciclo subsequente)</p>
---	---

PLANILHA DE RELAÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER LOCALMENTE AVANÇADO (Estágio III) OU MAMA INICIAL (Estágio I e II)

ESTADO:						
N.º	MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	NOME DA PACIENTE	DOSE PRESCRITA (EM MG)	NECESSIDADE DE FRASCOS DE 440MG/MÊS	NECESSIDADE DE FRASCOS DE 150MG/ MÊS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Portaria SAS/MS nº 73, de 30 de janeiro de 2013

Art. 4º Fica estabelecido o seguinte parâmetro para a inclusão de advertência no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS para a aprovação da produção dos procedimentos de poli- e de monoquimioterapia especificados no Art. 3º desta Portaria:

- **Máximo de 30% para os procedimentos :**

03.04.04.018-5, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8,
03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0 e 03.04.05.031-8,

considerando o **total de procedimentos de quimioterapia do câncer de mama :**

contemplados nos seguintes códigos de procedimentos:

04.02.013-3, 03.04.02.014-1, 03.04.02.033-8, 03.04.02.034-6, 03.04.04.002-9, 03.04.05.004-0, 03.04.05.006-7, 03.04.05.007-5, 03.04.05.011-3, 03.04.05.012-1, 03.04.05.013-0, 03.04.04.018-5, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8, 03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0, 03.04.05.031-8.

FOLHA DE SOLICITAÇÃO DE TRASTUZUMABE - SES/SP 04/2013

NOME DA INSTITUIÇÃO:					CNES:					DRS			DATA							
ESTOQUE ATUAL – REF DATA DE ENVIO DA PLANILHA																				
NOME DA PACIENTE	CNS	HER 2	PESO	DOSE PRESCRITA	COD PROCEDIMENTO	DATA DE INICIO DE TTO	Nº DA APAC	DOSE	Nº DA APAC	DOSE	COD PROCEDIMENTO	DATA DE INICIO DE TTO	Nº DA APAC	DOSE	Nº DA APAC	DOSE	Nº DA APAC	DOSE	Nº DA APAC	DOSE
EC III																				
					03.04.04.018-5 MAX 6						03.04.05.031-8 MAX 6								XXXXX	XXXXXX
					03.04.05.028-8 MAX 3				XXXXX	XXXXXXX	03.04.05.031-8 MAX 9									
					03.04.05.031-8 MAX 12							XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX						XXXXX	XXXXXX
EC II																				
					03.04.05.027-0 MAX 3				XXXXX	XXXXXXX	03.04.05.030-0 MAX 9									
					03.04.05.030-0 MAX 12							XXXXXXXXXXXXXXXXXX							XXXXX	XXXXXX
EC I																				
					03.04.05.026-1 MAX 3						03.04.05.029-6 MAX 9									
					03.04.05.029-6 MAX 12							XXXXXXXXXXXXXXXXXX							XXXXX	XXXXXX

DAF/SCTIE e DAE/SAS/MS

RELAÇÃO DOS PACIENTES COM CANCER DE MAMA EC III E CANCER DE MAMA EC I E II – ONCOLOGIA

ASSISTENCIA FARMACEUTICA - SES/SP

CRS-GNACS

UNIDADE DE ONCOLOGIA – PREENCHER A FOLHA DE SOLICITAÇÃO DE TRASTUZUMABE - SES/SP

AUTORIZADO SMS/SES – Nº DE APAC

**LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC E ANEXAR:
CÓPIAS DOS EXAMES DE HER 2 ++ – IMH E TEC. MOLECULAR E PARA HER 2
3+++ NO 2º APAC, ZUBROD < 2, FE > 55%**

UNIDADES HABILITADAS EM ONCOLOGIA

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=41709&janela=1

DÚVIDAS

Novo!

» [Clique aqui e acesse as perguntas e respostas frequentes sobre a distribuição do trastuzumabe pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. \(versão 21/03/2013\)](#)

“NO ART. 4º, DA PORTARIA 73/2013 É INFORMADA A QUANTIDADE MÁXIMA DE 30% PARA OS NOVOS PROCEDIMENTOS, A QUANTIA QUE ULTRAPASSAR COMO SERÁ O PAGAMENTO?”

RESPOSTA: Por segurança, este percentual já é maior do que o relatado na literatura para os casos de carcinoma de mama HER-2 positivo, que é de 20% a 25%. Há uma crítica interna no APAC-SIA-SUS que adverte sobre a ultrapassagem dos 30% e indica **auditoria in loco.**

