



**RELATÓRIO MÉDICO – PÚRURA TROMBOCITOPÊNICA  
– IMUNOGLOBULINA HUMANA -**

**Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 9 – 31/07/2019 (Publicada em 07/08/2019)**

O(A) Sr(a) \_\_\_\_\_,  
está em acompanhamento com diagnóstico de *Púrpura Trombocitopênica Idiopática, CID-10 D69.3*.

**I) CRITÉRIO DE INCLUSÃO (deverá apresentar 1 (um) dos critérios abaixo):**

- a. ( ) Diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), independentemente da idade, que apresentem PTI grave **OU** contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm<sup>3</sup> **OU** contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup> na presença de sangramento;
- b. ( ) Pacientes com PTI crônica e refratária em adultos (a partir de 18 anos de idade) com presença de PTI grave ou com contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm<sup>3</sup> de forma persistente, por, pelo menos, três meses **E** ausência de resposta ou contra-indicação a esplenectomia;
- c. ( ) Paciente com PTI crônica e refratária em crianças e adolescentes (menos de 18 anos de idade) que apresentem contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm<sup>3</sup> de forma persistente por pelo menos 12 meses após o diagnóstico **E** ausência de resposta ou contra-indicação a esplenectomia;

**II) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (será excluído caso apresente algum dos critérios abaixo):**

- a. ( ) Paciente com diagnóstico de outras causas causadoras de plaquetopenia;
- b. ( ) Intolerância ao medicamento;
- c. ( ) Contra-indicação ao medicamento.

**III) MEDICAMENTO PRESCRITO:**

**IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G INJ (FR)**

- a. ( ) **Crianças e adolescentes:** 0,8 g/kg a 1 g/kg por dia, EV, durante um a dois dias;
- b. ( ) **Adultos:** 1 g/kg por dia, EV, durante um a dois dias. Independente da idade repetir no segundo dia se a plaquetometria estiver abaixo de 20.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>
- c. ( ) **Emergência:** 0,8 g/kg a 1 g/kg por um a dois dias (repete-se a dose no segundo dia caso a contagem de plaquetas permaneça abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup>)

**OBS.: define-se como emergência a presença de sangramento intracraniano ou mucoso (digestivo, geniturinário ou respiratório), com instabilidade hemodinâmica ou respiratória.**

**IV) EXAMES:**

- a. ( ) Hemograma Completo;
- b. ( ) Contagem de Plaquetas a partir do tubo de Citrato;
- c. ( ) Anti-HIV;
- d. ( ) Anti-HCV;

**V) DEMAIS CONDIÇÕES RELEVANTES (se necessário, utilizar o verso):**

---

---

---

---

**DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR\***

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/DF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Assistente e Carimbo