

ANEXO I À MINUTA DE NORMA

ANEXO II DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465/2021

38. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO):

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. diagnóstico firmado há pelo menos 5 anos;
- b. resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença;
- c. refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador);
- d. existência de função motora preservada ou residual no segmento superior;
- e. ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson).

2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias;
- b. tenha havido tratamento conservador prévio por no mínimo dois anos;
- c. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
- d. exista função motora preservada ou residual no segmento superior.

3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária e distonia cervical, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento convencional.

4. Pacientes com epilepsia quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;

b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso;

c. o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA

65.5. PSORÍASE

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Adalimumabe, Etanercepte, Guselcumabe, Infliximabe, Ixequizumabe, Secuquinumabe, Ustequinumabe, Risanquizumabe ou Certolizumabe pegol para pacientes com psoríase moderada a grave, com falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia convencional (fototerapia e/ou terapias sintéticas sistêmicas), que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Índice da Gravidade da Psoríase por Área - PASI superior a 10;

b. Acometimento superior a 10% da superfície corporal;

c. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia - DLQI superior a 10;

d. Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10;

e. Psoríase palmo-plantar, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10;

f. Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10.