

De: ATUAL

DUT 18 (pg 115 do rol): Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação cerebral profunda

- 1- 1- Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- a) a) Pacientes com doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, sem outra doença neurológica ou psiquiátrica associada, que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
 - b) b) Pacientes maiores de 8 anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.

PARA: REVISADA

DUT 18 (pg 115 do rol): Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação cerebral profunda com ou sem microregistro

- 1- 1- Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- a) a) Pacientes com doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
 - b) b) Pacientes maiores de 8 anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.
 - c) c) Pacientes com epilepsia refratária aos medicamentos, que tenham já sido submetidos a procedimentos resectivos sem sucesso, ou nos quais não haja indicação de ressecções corticais.
 - d) d) Pacientes com tremor não-Parkinsoniano, refratários ao tratamento medicamentoso, que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
 - e) e) Pacientes portadores de depressão refratária, já submetidos a tratamentos não invasivos disponíveis, e que permaneçam com quadro depressivo incapacitante.
 - f) f) Pacientes portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, refratários aos tratamentos não-invasivos, e que permaneçam com sintomas incapacitantes.

DE: ATUAL

DUT 19 (pg 115 do rol): Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação medular

- 1- 1- Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a) a) Pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de 6 meses;
 - b) b) Falha dos métodos conservadores do tratamento da dor
 - c) c) Redução da dor com estimulação elétrica medular não invasiva, atestada pelo médico assistente.

PARA: REVISADA

DUT 19 (pg 115 do rol): Implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação medular

- 1- 1- Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a) a) Pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de 6 meses, nos quais houve falha dos métodos conservadores do tratamento da dor.

DE: ATUAL

DUT 20 (pg 115/116 do rol) Implante intra-tecal de bombas de infusão de fármacos (inclui medicamento)

1- 1- Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) a) Dor nociceptiva rebelde aos tratamentos farmacológicos (com analgésicos comuns e AINES, fisiátrico e psiquiátrico)
- b) b) Melhora com uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, acompanhada de rescidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizariam a administração sistêmica do medicamento)
- c) c) Melhora comprovada com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 semanas

PARA: REVISADA

DUT 20 (pg 115/116 do rol) Implante intra-tecal de bombas de infusão de fármacos (inclui medicamento)

1- 1- Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

- a) a) Dor nociceptiva rebelde aos tratamentos farmacológicos (com analgésicos comuns e AINES), fisiátrico e psiquiátrico; com melhora com uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, acompanhada de rescidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizariam a administração sistêmica do medicamento) e melhora comprovada com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 semanas
- b) b) Pacientes com espasticidade severa, que já tenha sido submetidos aos métodos conservadores, que permaneçam com sintomas incapacitantes, e que respondam ao baclofen intra-tecal.