

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 05/06/2022)

### PCDT: ARTRITE REUMATOIDE

CID 10: M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8

#### 1. Medicamentos

<b>Abatacepte 125 mg</b> injetável (seringa preenchida) <b>Abatacepte 250 mg</b> injetável (por frasco ampola) <b>Adalimumabe 40 mg</b> injet. (por seringa preenchida) <b>Azatioprina 50 mg</b> (por comprimido) <b>Baricitinibe 2 mg</b> (por comprimido) <b>Baricitinibe 4 mg</b> (por comprimido) <b>Certolizumabe pegol 200mg/ml</b> injetável (por seringa preenchida) <b>Ciclosporina 10 mg</b> (por cápsula) <b>Ciclosporina 25 mg</b> (por cápsula) <b>Ciclosporina 50 mg</b> (por cápsula) <b>Ciclosporina 100 mg</b> (por cápsula) <b>Ciclosporina 100 mg/ml</b> sol. oral (frasco de 50 ml) <b>Cloroquina 150 mg</b> (por comprimido) <b>Etanercepte 25 mg</b> injetável (por frasco-ampola) <b>Etanercepte 50 mg</b> (Biossimilar Bio-Manguinhos) injetável (por frasco-ampola) <b>Etanercepte 50 mg</b> (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola) <b>Golimumabe 50 mg</b> injetável (por seringa preenchida)	<b>Hidroxicloroquina 200 mg</b> (por comprimido) <b>Hidroxicloroquina 400 mg</b> (por comprimido) <b>Infliximabe (Biossimilar A) 10mg/ml</b> injetável (por frasco ampola 10 ml) <b>Infliximabe 10mg/ml</b> injet. (frasco ampola 10 ml) <b>Leflunomida 20 mg</b> (por comprimido) <b>Metotrexato 2,5 mg</b> (por comprimido) <b>Metotrexato 25 mg/ml</b> injetável (por ampola de 2 ml) <b>Naproxeno 250 mg</b> (por comprimido) <b>Naproxeno 500 mg</b> (por comprimido) <b>Rituximabe 500 mg</b> (ROCHE/MABTHERA®) injetável (por frasco ampola de 4 ml) <b>Rituximabe 500 mg</b> (Biossimilar Bio-Manguinhos/ RIXYMIO®) injet. (frasco ampola de 4 ml) <b>Sulfassalazina 500 mg</b> (por comprimido) <b>Tocilizumabe 20 mg/ml</b> injet. (frasco ampola 4 ml) <b>Tofacitinibe 5 mg</b> (por comprimido). <b>Upadacitinibe 15mg</b> (por comprimido de liberação prolongada)
---	---

#### 2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

##### 2.1 Documentos pessoais

- ✓ Carteira de Identidade – RG;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ✓ Comprovante de Residência com CEP;
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).
- ✓ Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada.

##### 2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico

###### SOLICITAÇÃO INICIAL

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo**, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- ( ) **ICAD**;
- ( ) **Avaliação de Capacidade funcional**;
- ( ) **ACR/EULAR**;

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Notificação de Receita</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo</b> , contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;

## 2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL	
<p><b>Parar todos os medicamentos</b></p> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do Hemograma completo.	
<p><b>Para Abatacepte e Sulfassalazina:</b></p> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil). <p><b>Para Metotrexato e Leflunomida:</b></p> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica). <input type="checkbox"/> Cópia do Teste de Mantoux	<p><b>Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Ciclosporina, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:</b></p> <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Rx de tórax; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux. <p><b>Para Naproxeno:</b></p> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>	
<p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
<p><b>Leflunomida, Sulfassalazina e Naproxeno:</b></p> <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Creatinina; <p><b>Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Certolizumabe, Cloroquina, Etanercepte, Golimumabe, Hidroxicloroquina, Infliximabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:</b></p> <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Hemograma.	<p><b>Para Tocilizumabe:</b></p> <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> Triglicerídeos

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **Reumatologista**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 16 de 03 de setembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Reumatóide**.

**Para Adalimumabe, Abatacepte, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Tocilizumabe e Certolizumabe:** Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

**Se por algum motivo não usar o medicamento, devolva ao Núcleo de Gestão do Componente Especializado.**