

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 10/06/2022)

PCDT: PSORÍASE
CID 10: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

1. Medicamentos:

Acitretina 10 mg, cápsula; Acitretina 25 mg, cápsula; Adalimumabe 40 mg (seringa preenchida) Calcipotriol 50 mcg/g (pomada); Ciclosporina 10 mg, cápsula; Ciclosporina 25 mg, cápsula; Ciclosporina 50 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral;	Clobetasol 0,5 mg/g creme (bisnaga de 30g); Clobetasol 0,5 mg/g solução capilar (fr de 50g) Etanercepte 25 mg, frasco ampola; Etanercepte (Biossimilar / Bio-Manguinhos) 50 mg, fr.ampola Etanercepte 50 mg, frasco ampola; Metotrexato 2,5 mg, comprimido; Metotrexato 25mg/ml (ampola de 2ml); Risanquizumabe 90mg/ml sol. Injet. (seringa preenchida) Secuquinumabe 150mg/ml, seringa preenchida; Ustequinumabe 45mg/0,5ml (solução injetável).
---	---

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais:

<ul style="list-style-type: none">✓ 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).
--

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; () Receita Médica devidamente preenchida , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; () Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida; () Anexo - Índice de qualidade de vida dermatológico (preenchido pelo paciente); () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica devidamente preenchida , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; () Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida;

2.3 Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL Para todos os medicamentos, EXCETO CALCIPOTRIOL E CLOBETASOL: () Cópia do exame de Hemograma () Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO); () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP); () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; () Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica; () Cópia do exame de dosagem de Gama-GT; () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil, apresentar mensalmente;
--



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

<p><u>Para Acitretina:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Glicemia <input type="checkbox"/> Em crianças: Cópia do laudo do Raio X de mão e punhos</p>	<p><u>Para Ciclosporina</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV; <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Magnésio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Potássio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sódio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ácido Úrico; <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax.</p>
<p><u>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Proteína C-reativa; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de sedimento urinário; <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax.</p>	<p><u>Para Metotrexato:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV; <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de urinálise; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Albumina; <input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax</p>
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	
<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
<p><u>Para Acitretina:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de AST (TGO); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo</p>	<p><u>Para Ciclosporina</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Magnésio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Potássio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sódio; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ácido Úrico;</p>
<p><u>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame AST (TGO); <input type="checkbox"/> Cópia do exame ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Proteína C-reativa; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame de sedimento urinário;</p>	<p><u>Para Metotrexato:</u> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Aspartato aminotransferase - AST (TGO); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Alanina aminotransferase - ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo</p>

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Dermatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos:

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS, Cartão do Usuário e receita médica devidamente preenchida.

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 pela Portaria conjunta Nº 18, de 14 de outubro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Psoríase**.

Para Adalimumabe, Etanercepte, Ustequinumabe, Secuquinumabe:

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
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**