

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

(Última revisão: 21/06/2023)

**PCDT: ARTRITE IDIÓPATICA JUVENIL****CID 10:** M08.0; M08.1; M08.2; M08.3; M08.4; M08.8; M08.9**1. Medicamentos**

<b>Abatacepte 250 mg</b> injetável (por frasco ampola) <b>Adalimumabe 40 mg</b> injetável (por seringa preenchida) <b>Azatioprina 50mg</b> (por comprimido) <b>(CID M08.0)</b> <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> solução oral (frasco de 50 ml) <b>Etanercepte 25 mg</b> injetável (por frasco-ampola) → Idade Máxima – 18 anos <b>Etanercepte 50 mg</b> (Biossimilar Bio-Manguinhos/BRENZYS®) injetável (por frasco-ampola) <b>Etanercepte 50 mg</b> (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola) → Idade Máxima – 18 anos.	<b>Hidroxicloroquina 400mg</b> (por comp.) <b>(CID M08.0)</b> <b>Infliximabe 10mg/ml</b> pó liof. inj. (fr-amp 10 ml) <b>Infliximabe (biossimilar A) 10mg/ml</b> pó liof. inj. (fr-amp 10 ml) <b>Leflunomida 20 mg</b> (por comprimido) <b>Metotrexato 2,5 mg</b> (por comprimido) <b>Metotrexato 25 mg/ml</b> sol inj (ampola de 2 ml) <b>Naproxeno 250 mg</b> (por comprimido) <b>Naproxeno 500 mg</b> (por comprimido) <b>Sulfassalazina 500 mg</b> (por comprimido) <b>Tocilizumabe 20 mg/ml</b> injetável (por frasco ampola de 4 ml)
---	---

**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**;
- ( ) **Anexo\_Artrite Reumatoide Juvenil**

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- ( ) **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;

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673**2.3. Exames Obrigatórios:**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	
<b>Para todos os medicamentos:</b> <input type="checkbox"/> Hemograma completo; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa; <input type="checkbox"/> Cópia do exame do Fator antinuclear (FAN); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator Reumatoide.	
<b>Para Metotrexato e Leflunomida:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).	<b>Para Sulfassalazina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
<b>Para Sulfassalazina:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).	<b>Para Tocilizumabe:</b> <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 <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil.
<b>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte e Infliximabe:</b> <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.	<b>Para Naproxeno:</b> <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina Sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
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.	
*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	

<b>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES</b>	
<b>Metotrexato e Leflunomida:</b> <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> Hemograma; <input type="checkbox"/> Creatinina; <input type="checkbox"/> Beta HCG (para mulheres em idade fértil)	<b>Para Tocilizumabe:</b> <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



**CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**  
**TELEFONE: (83) 99114-0673**

<b>Para Adalimumabe, Abatacepte, Etanercepte, Infliximabe e Sulfassalazina:</b> ( ) AST (TGO); ( ) ALT (TGP); ( ) Hemograma;	<b>Ciclosporina e Sulfassalazina:</b> ( ) AST (TGO); ( ) ALT (TGP); ( ) Hemograma; ( ) Creatinina;
---	--

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, 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 e Cartão do Usuário.

### 5. Observações

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
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 Reumatoide e da **Artrite Idiopática Juvenil**.

**Para Adalimumabe, Abatacepte, Infliximabe, Etanercepte, Tocilizumabe:** 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-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**