

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 21/06/2023)**PCDT: ARTRITE PSORÍACA**  
**CID 10: M07.0, M07.2, M07.3****1. Medicamentos**

Adalimumabe 40 mg/ml (por seringa preenchida); Certolizumabe pegol 200 mg/mL (por seringa preenchida); Ciclosporina 25 mg (por comprimido); Ciclosporina 50 mg (por comprimido); Ciclosporina 100 mg (por comprimido); Ciclosporina 100mg/ml, solução oral; Etanercepte 25 mg (frasco-amp ou ser preenchida); Etanercepte 50 mg (frasco-amp ou ser preenchida); Golimumabe 50mg (por seringa preenchida);	Infliximabe 10mg/ml (por frasco-ampola); Infliximabe 10mg/ml Biossimilar (por frasco-amp.); Leflunomida 20 mg (por comprimido); Metotrexato 25mg/ml, (por ampola de 2 ml); Metotrexato 2,5 mg, (por comprimido); Naproxeno 250mg (por comprimido); Naproxeno 500mg (por comprimido); Secuquinumabe 150mg/ml (por seringa preenchida); Sulfassalazina 500 mg (por comprimido); Tofacitinibe 5mg (por comprimido)
---	--

**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).

**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 Médico**, descrevendo sinais e sintomas, acometimento e tratamentos prévios e seu tempo de duração;
- Anexo**, Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (**CASPAR**);
- 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;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**, descrevendo sinais e sintomas, acometimento e tratamentos prévios e seu tempo de duração;

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL****Para Ciclosporina:**

- Cópia do exame de Anti-HCV;
- Cópia do exame de HBsAg;
- Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD).



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

<p><b>Para Metotrexato e Leflunomida:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil);  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.</p> <p><b>Para Naproxeno:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP.</p>	<p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Secuquinumabe e Tofacitinibe:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD);  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.</p> <p><b>Para Sulfassalazina:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.</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>	
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	

<p><b>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES</b></p>
<p><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 Hemograma com plaquetas;  <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina.</p>

### 3. Serviços de Referência

<p>Unidades de Saúde do <b>SUS</b> ou da <b>Rede Privada</b> que atendam na <b>especialidade de Reumatologia ou Dermatologia</b>, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p>
---

### 4. Para receber os medicamentos

<p>O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.</p>
---

### 5. Observações:

<p>1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (vinte) 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 17 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da <b>Artrite Psoríaca</b>.</p>
---

**Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe ou Secuquinumabe:** NECESSÁRIO 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.**