

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(última atualização: 26/06/2023)**PCDT: DOENÇA DE CROHN****CID 10: K50.0; K50.1; K50.8****1. Medicamentos**

Adalimumabe 40 mg/ml injetável (por ser. preenchida)	Mesalazina 400 mg (por comprimido)
Azatioprina 50 mg (por comprimido)	Mesalazina 500 mg (por comprimido);
Certolizumabe Pegol 200mg/ml (por ser. preenchida)	Mesalazina 800 mg (por comprimido);
Infliximabe (Biossimilar A) 10 mg/ml injetável (frasco-ampola 10 ml)	Metotrexato 25mg/ml (por ampola)
Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml)	Sulfassalazina 500 mg (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 deseje 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**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamentos já utilizados pelo paciente para Doença de Crohn;
- () **Índice de Harvey-Bradshaw**;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

Para os pacientes de INFLIXIMABE: descrever um laudo detalhado com esquema de administração;

Para paciente que inicia o tratamento com MESALAZINA: apresentar, obrigatoriamente, laudo médico informando a intolerância ao uso da SULFASSALAZINA e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso.

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**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Em caso de alteração de dosagem, apresentar justificativa médica.

2.3 Exames Obrigatórios:**SOLICITAÇÃO INICIAL (continua no verso)****Para todos os medicamentos**

- () Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (**exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico**);

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

Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infiximabe: <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux - PPD; <input type="checkbox"/> Cópia do laudo do Raio X de Tórax Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;	Para Sulfassalazina e Mesalazina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame qualitativo de urina (QUE ou urina tipo I) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica
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.	
Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
Para Sulfassalazina e Mesalazina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo <input type="checkbox"/> Cópia do exame qualitativo de urina (QUE ou urina tipo I) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica Para Azatioprina: <input type="checkbox"/> Hemograma completo; <input type="checkbox"/> AST (TGO); <input type="checkbox"/> ALT (TGP).	Para Infiximabe: <input type="checkbox"/> ALT (TGO); <input type="checkbox"/> AST (TGP). Para Adalimumabe: <input type="checkbox"/> Hemograma completo Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Hemograma c/ plaquetas; <input type="checkbox"/> TGO; <input type="checkbox"/> TGP; <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina; <input type="checkbox"/> Creatinina.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de Gastroenterologista e/ou Proctologista , 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 e Cartão do Usuário.
--

5. Observações:

<ol style="list-style-type: none"> 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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/11/2013 e Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Doença de Crohn.
--

PARA INFLIXIMABE, ADALIMUMABE 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-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.