



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

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (Última revisão: 30/06/2023)

**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 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"> <li>✓ Carteira de Identidade – RG</li> <li>✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF</li> <li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li> <li>✓ Comprovante de Residência com CEP</li> <li>✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

SOLICITAÇÃO INICIAL
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> <b>Receita Médica devidamente preenchida</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo <i>histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida</i> ; <input type="checkbox"/> <b>Anexo</b> - <i>Índice de qualidade de vida dermatológico (preenchido pelo paciente)</i> ; <input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> .

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>Receita Médica devidamente preenchida</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo <i>histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida</i> ;

### 2.3 Exames Obrigatórios:

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

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

<p><b><u>Para Acitretina:</u></b>  <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"/> <b>Em crianças:</b> Cópia do laudo do Raio X de mão e punhos</p>	<p><b><u>Para Ciclosporina</u></b>  <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><b><u>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</u></b>  <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><b><u>Para Metotrexato:</u></b>  <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><b><u>Para Acitretina:</u></b>  <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><b><u>Para Ciclosporina</u></b>  <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><b><u>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</u></b>  <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><b><u>Para Metotrexato:</u></b>  <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>



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

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, 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-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**