



# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## ARTRITE PSORIÁTICA

SULFASSALAZINA, METOTREXATO, CICLOSPORINA, LEFLUNOMIDA, INFlixIMABE, ETANERCEPTE  
ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, SECUQUINUMABE

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico REUMATOLOGISTA.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

**Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

**Cópia de Exames :**

**PARA TODOS MEDICAMENTOS:**

V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R. -3 meses); Raio X da área afetada ou Ressonância ou TC ou Ultrasonografia (3 meses); Hemograma completo, Creatinina, A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), Escala CASPAR

**Relatório Médico** com características clínicas de acordo com o acometimento das partes. De acordo com a manifestação predominante anexar escala adotada pelo protocolo clínico – **BASDAI e/ou MASES e EVA**.

**Para Metotrexato:** BHCG para mulheres em idade fértil.

**PARA BIOLÓGICOS-Infliximabe, Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe e Secuquinumabe apresentar também:** Raio – X de Tórax (3 meses); P.P.D. (Intradermoreação para Tuberculose - 12 meses), sorologia para hepatites virais B e C e para HIV.

**Obs. Para substituição (troca) de biológicos apresentar:** V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R. -3 meses); (Raio X da área afetada ou Ressonância ou TC ou Ultrasonografia (3 meses); Hemograma completo, Creatinina, A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), Escala CASPAR

**Relatório Médico** com características clínicas de acordo com o acometimento das partes. De acordo com a manifestação predominante anexar escala adotada pelo protocolo clínico – **BASDAI e/ou MASES e EVA**

**Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

**Cópia do comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente ou uma Declaração de Residência.

Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, **não sendo aceito** os pedidos identificados pelo nome comercial.

**ATENÇÃO:** Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!