



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE REUMATÓIDE

ZATIOPRINA, CICLOFOSFAMIDA, CLOROQUINA, NAPROXENO, HIDROXICLOROQUINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, CICLOSPORINA, LEFLUNOMIDA, INFILIXIMABE, ETANERCEPTE, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, GOLIMUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE, TOCILIZUMABE E TOFACITINIBE

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

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), fator reumatóide (F.R.) e/ou anti-CPP (QUANDO FATOR REUMATÓIDE FOR NEGATIVO - sem limitação de data); HBsAG; Anti-HCV, Rx de Tórax (3 meses); P.P.D. (12 meses)

Raio X da área afetada (3 meses) – Se necessário, **quando a artrite for soronegativa**

Tabela HAQ ou CHAQ(criança)

Relatório Médico com características clínicas e evolução da doença, incluindo pelo menos um índice composto de atividade da doença: **SDAI, CDAI ou DAS28**

- **Para Ciclosporina:** creatinina (3 meses)
- **Para Naproxeno:** A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), Hemograma e Creatinina (3 meses)
- **Para Ciclofosfamida:** Hemograma e EAS (3 meses)
- **Para Leflunomide, Metotrexate, Tofacitinibe:** A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), Hemograma, Creatinina (3 meses), BHCG para mulheres em idade fértil
- **Para Sulfassalazina, *Hidroxicloroquina, Cloroquina, Azatioprina :** Hemograma, A.L.T.(T.G.P.) e A.S.T. (T.G.O.) (3 meses).

***PARA HIDROXICLOROQUINA, TRAZER AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA.**

PARA SOLICITAÇÃO DE BIOLÓGICOS:

Observar Nota Técnica 41/2018 MS (Protocolos Clínicos) referente a disponibilização como **primeira escolha pelo Ministério da Saúde, Certolizumabe ou Infliximabe ou Adalimumabe.**

Quando da ocorrência de eventos adversos ou de não resposta terapêutica adequada, mediante relatório médico consubstanciado justificando a indicação, **Etanercepte ou Golimumabe ou Abatacepte ou Rituximabe ou Tocilizumabe** – apresentar também Colesterol total, frações e Triglicerídeos (3 meses)

PARA SUSTITUIÇÃO (troca) DE BIOLÓGICOS apresentar:

Raio X tórax (3 meses) PPD (12 meses) Hemograma, ALT, AST, V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R.) (3 meses); fator reumatóide (F.R.) e/ou anti-CPP (sem limitação de data- SE FR NEGATIVO); HBsAG; HCV

Tabela HAQ ou CHAQ(criança). **Relatório Médico** com características clínicas e evolução da doença, incluindo pelo menos um índice composto de atividade da doença: **SDAI, CDAI ou DAS28.**

Para **Tocilizumabe** – apresentar também Colesterol total, frações e Triglicerídeos (3 meses)

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) 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!