



Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO,
NAPROXENO, SULFASSALAZINA E TOCILIZUMABE
M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

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:

- Hemograma completo, AST, ALT, creatinina, V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R.) (6 meses),
- Fator reumatóide (F.R.) e/ou anti-CPP (QUANDO FATOR REUMATOIDE FOR NEGATIVO - sem limitação de data);
- Detecção do HLA B27 e FAN – sem limitação de data;
- Sorologia: HIV, HBsAG; Anti-HCV (12 meses),
- Avaliação de Tuberculose latente ou ativa: laudo de Rx de Tórax (12 meses); P.P.D. (Prova tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA (12 meses)
- Laudo dos exames das áreas afetadas pela doença (radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética (12 meses) – Se necessário, **quando a artrite for soronegativa**. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.
- Avaliação oftalmológica;
- **Relatório Médico** com características clínicas e evolução da doença, medicamentos usados no tratamento, critérios de inclusão e exclusão na classificação dos subtipos de AI, incluindo pelo menos um índice composto de atividade da doença: critérios **JADAS** e **Wallace**

- **Para Leflunomida, Metotrexate:** BHCG para mulheres em idade fértil (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).
- **Para Tocilizumabe:** Colesterol total, frações e triglicerídeos (6 meses)

PARA SUSTITUIÇÃO (troca) DE BIOLÓGICOS – Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infiliximabe, Tocilizumabe :

Hemograma, ALT, AST, V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R.) (6 meses); laudo de Raio X tórax, PPD (12 meses) ou IGRA, HBsAG; HCV

Relatório Médico com características clínicas e evolução da doença, incluindo pelo menos um índice composto de atividade da doença: critérios JADAS e Wallace

Para **Tocilizumabe** – apresentar também Colesterol total, frações e triglicerídeos (6 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



Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO,
NAPROXENO, SULFASSALAZINA E TOCILIZUMABE

M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GÊNÉRICO 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!