



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

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE REUMATÓIDE

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, COROQUINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, HIDROXICLOROQUINA, INFILIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, NAPROXENO, RITUXIMABE, SULFASSALAZINA, TOCILIZUMABE, TOFACITINIBE E UPADACITINIBE.
M05.0, M05.1, M05.2, M05.3 M05.8 M06.0 M06.8

☐ **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).

☐ **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.

☐ **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

- Para **todos os medicamentos**: V.H.S., Proteína C reativa, Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo), HbsAG, Anti-HCV, Raio X de Tórax, P.P.D., Relatório Médico detalhado com evolução da doença, incluindo pelo menos um índice de atividade da doença: **SDAI, CDAI ou DAS28**.
- Raio X da área afetada (quando artrite soronegativa).
- Tabela HAQ ou CHAQ (crianças).
- Para **Ciclosporina**: Creatinina.
- Para **Naproxeno, Sulfassalazina, Hidroxicloroquina, Cloroquina e Azatioprina**: A.L.T., A.S.T., Hemograma e Creatinina.
- Para **Hidroxicloroquina e Cloroquina**: Avaliação oftalmológica.
- Para **Ciclofosfamida**: Hemograma e EAS.
- Para **Leflunomida e Metotrexato**: A.L.T., A.S.T., Hemograma, Creatinina e, Bhcg (para mulheres em idade fértil).
- Para **biólogicos**: Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe.
- Hemograma, A.L.T. e A.S.T., Colesterol Total/frações e Triglicérides.
- Para **substituição de biológicos**: todos os exames de abertura de processo, exceto Raio X da área afetada, Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo).

☐ **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.

Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

☐ **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

☐ **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** original, devidamente preenchido e assinado de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

• **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do (s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.