

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

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS
2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.
4. **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 **biológicos**: **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).

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

5. **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.

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

• **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.