

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE REUMATÓIDE

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, COROQUINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, HIDROXICLOROQUINA, INFLIXIMABE, 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 **reumatologista** 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);
 - ✓ Hemograma completo, creatinina, ALT e AST;
 - ✓ Relatório Médico detalhado com evolução da doença, incluindo pelo menos um índice de atividade da doença: **SDAI, CDAI ou DAS28**;
 - ✓ Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada (quando artrite soronegativa).
 - ✓ Tabela HAQ ou CHAQ (crianças).
- ACRESCENTAR:**
- ✓ **PARA HDROXICLOROQUINA e CLOROQUINA: Avaliação oftalmológica.**
 - ✓ **PARA SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, UPADACITINIBE, BARACITINIBE E TOFACITINIBE:** Sorologias para HIV, HBsAg, anti-HCV, Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA e Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).
 - ✓ **PARA IMUNOBIOLOGICOS: ABATACEPTE, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, RITUXIMABE E TOCILIZUMABE:** Sorologias para HIV, HBsAg, anti-HCV, Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, e Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). Colesterol Total/frações e Triglicérides (SOMENTE PARA TOCILIZUMABE).
 - ✓ **PARA SUBSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS:** Todos os exames de abertura de processo, exceto exame de imagem das áreas afetadas pela doença, Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo).

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE REUMATÓIDE

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, COROQUINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, HIDROXICLOROQUINA, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, NAPROXENO, RITUXIMABE, SULFASSALAZINA, TOCILIZUMABE, TOFACITINIBE E UPADACITINIBE.

M05.0, M05.1, M05.2, M05.3 M05.8 M06.0 M06.8

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Beta-HCG: 30 dias;
- ✓ Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 3 meses;
- ✓ HIV, HBsAg, anti-HCV: validade 06 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada.
- ✓ Avaliação oftalmológica: validade 12 meses.
- ✓ PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: 12 meses. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB.
- ✓ Anti-CCP e Fator Reumatoide: validade indeterminada;
- ✓ Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses.
- ✓ Exames de Imagem das áreas afetadas pela doença (anexar somente o laudo): Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.

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.