

ESPONDILITE ANCILOSANTE

METOTREXATO, SULFASSALAZINA, INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE,
SECUQUINUMABE, NAPROXENO E ETANERCEPTE
M45, M46.8

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 MEDICAMENTOS:**
 - ✓ Hemograma com plaquetas, TGO (AST), TGP(ALT), Creatinina, V.H.S., Proteína C reativa;
 - ✓ Laudo do Raio X simples das articulações sacro ilíacas, bacia, coluna dorsal e lombo sacra ou Ressonância magnética de articulações sacro ilíacas;
 - ✓ Em caso de doença inflamatória intestinal, colonoscopia ou biópsia devem ser anexados.
 - ✓ HLA B27, caso o exame de imagem não demonstre sacroileíte;
 - ✓ Índice BASDAI ou ASDAS.
 - ✓ **PARA METOTREXATO:** PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Radiografia de tórax, HBsAg, Anti-HCV, 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 SULFASSALAZINA:** PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Laudo da Radiografia de tórax, HBsAg e Anti- HCV;
 - ✓ **PARA NAPROXENO:** Clearance de creatinina
 - ✓ **PARA INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL OU SECUQUINUMABE:**
 - ✓ Laudo da Radiografia de tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg, Anti-HCV e Anti- HIV;
 - ✓ Descrição no campo “11 – Anamnese” do LME: o Tipo de manifestação: Espondilite Ancilosante: Manifestação Axial ou Espondilite Ancilosante: Manifestação Periférica;
 - ✓ Os Medicamentos utilizados e período de uso.
 - ✓ **PARA TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar):** Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, laudo RX de tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA (para troca de secuquinumabe para anti-TNF), HBsAg, anti-HCV e HIV.

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Beta-HCG: 30 dias.
- ✓ Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 3 meses.
- ✓ HIV, HBsAg, anti-HCV: validade 12 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada.

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ESPONDILITE ANCILOSANTE

METOTREXATO, SULFASSALAZINA, INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE,
SECUQUINUMABE, NAPROXENO E ETANERCEPTE
M45, M46.8

- ✓ 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.
 - ✓ Antígeno HLA-B27: validade indeterminada
 - ✓ Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses.
 - ✓ Exames de Imagem da região sacroilíaca (anexar somente o laudo): - validade: 12 meses. Em caso de alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.
 - ✓ Para a solicitação de MMCDbio para o tratamento de entesite anexar exame de imagem comprobatório (ultrassonografia ou ressonância magnética): validade: 6 meses.
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.

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!