



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

ARTRITE PSORIÁICA – CID-10: M07.0, M07.2 e M07.3

MEDICAMENTOS
• Adalimumabe 40 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc); • Certolizumabe Pegol 200 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc); • Ciclosporina 100 Mg Cap; • Ciclosporina 100 Mg/ML Sol Oral (Fr); • Ciclosporina 25 Mg Cap; • Ciclosporina 50 Mg Cap; • Etanercepte (Biossimilar Bio-Manguinhos) 50 Mg Sol Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc); • Etanercepte (Pfizer/Enbrel®) 50 Mg Pó Liof Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc); • Etanercepte 25 Mg Pó Liof Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc); • Golimumabe 50 Mg Sol Inj (Ser Preenc); • Infliximabe (Biossimilar A) 10 Mg/ML Pó Liof Inj (Fr-Amp); • Infliximabe 10 Mg/ML Pó Liof Inj (Fr-Amp); • Leflunomida 20 Mg Comp; • Metotrexato 2,5 Mg Comp; • Metotrexato 25 Mg/ML Sol Inj (Amp); • Naproxeno 500 Mg Comp; • Secuquinumabe 150 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc); • Sulfassalazina 500 Mg Comp; • Tofacitinibe 5 Mg Comp;

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS
• Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) • Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) • Cópia do Comprovante de Residência

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO	
PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	REAVIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
• LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico De Artrite Psoriásica (Anexo I) • Justificativa Opção Terapêutica - Artrite Psoriásica (Anexo II)	• LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • Prescrição Médica • Relatório Médico De Artrite Psoriásica (Anexo I) • Justificativa Opção Terapêutica - Artrite Psoriásica (Anexo II)

EXAMES A SEREM APRESENTADOS
PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS
• Cópia do exame de anti-HCV (válido 1 ano); • Cópia do exame de HbsAg (válido 1 ano); • Radiografia de tórax (válido 1 ano); • Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD); *Observação: - Exames com resultado ≥ 5 mm ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado); e – Exames com resultado < 5 mm, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano) Aos medicamentos da terapia biológica devem ser acrescentados os seguintes exames: • Cópia do exame de Anti-HBC total (válido 1 ano); • Cópia do exame de Anti-HBS (válido 1 ano). Além dos exames acima, para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato, Naproxeno e Sulfassalazina: • Cópia do exame de Creatinina Sérica (válido 1 ano); • Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido 1 ano); • Cópia do exame de β-HCG para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);

REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
• A critério do avaliador.

OBSERVAÇÕES
- Leflunomida: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria SVS/GM nº 344/1998 – Lista C1 - Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação. - ATENÇÃO: No que tange os documentos sob a responsabilidade do médico devem ser providenciados por Reumatologista ou Clínica Médica (OBRIGATORIAMENTE). - Justificativa Opção Terapêutica - Artrite Psoriásica (Anexo II) - OBRIGATORIAMENTE para os medicamentos da terapia biológica.



Atualizado em 01/11/2023