



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



ARTRITE PSORÍACA – 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/ML Sol Oral (Fr);
- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Ciclosporina 25 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);
- Sulfasalazina 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	REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none">• 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)	<ul style="list-style-type: none">• 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 Sulfasalazina:

- 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