Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde

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

ARTRITE REUMATOIDE – CID-10: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

MEDICAMENTOS
• Abatacepte 125 Mg/ Sol Inj (Ser Preenc); • Abatacepte 250 Mg Pó P/ Susp Inj (Fr-Amp); • Adalimumabe 40 Mg/ Sol Inj (Ser Preenc); • Azatioprina 50 Mg Comp; • Baricitinibe 2 Mg Comp; • Baricitinibe 4 Mg Comp; • Certolizumabe Pegol 200 Mg/ Sol Inj (Ser Preenc); • Ciclosporina 100 Mg Cap; • Ciclosporina 100 Mg/ Sol Oral (Fr) 50; • 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); • Hidroxicloroquina 400 Mg Comp; • Infliximabe (Biossimilar A) 10 Mg/ Pó Liof Inj (Fr-Amp); • Infliximabe 10 Mg/ Pó Liof Inj (Fr-Amp); • Leflunomida 20 Mg Comp; • Metotrexato 2,5 Mg Comp; • Metotrexato 25 Mg/ Sol Inj (Amp); • Naproxeno 500 Mg Comp; • Rituximabe (Biossimilar Bio-Manguinhos/Rixymio®) 500 Mg Sol Inj (Fr-Amp); • Rituximabe (Roche/Mabthera®) 500 Mg Sol Inj (Fr-Amp); • Sulfassalazina 500 Mg Comp; • Tocilizumabe 20 Mg/ Sol Inj (Fr-Amp); • Tofacitinibe 5 Mg Comp; • Upadacitinibe 15 Mg Comp De Liberação Prolongada;

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	**RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)**	**REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)**
• **LME** - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • **Prescrição Médica** • **Relatório Médico De Artrite Reumatoide** (Anexo I) • **Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica** (Anexo II)	• **LME** - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • **Prescrição Médica**	• **LME** - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo) • **Prescrição Médica** • **Relatório Médico De Artrite Reumatoide** (Anexo I) • **Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica** (Anexo II)

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO
• Relatório Médico De Artrite Reumatoide (Anexo I); • Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica (Anexo II);

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

Para Adalimumabe, Abatacepte, Azatioprina, Certolizumabe, Ciclosporina, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe:

- Cópia do exame de anti-HCV (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de HBsAg (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBC Total (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBS (válido por 1 ano);
- Cópia do laudo de Rx de Tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Fator Reumatoide (último realizado);

OU

- Cópia do laudo da Ressonância, RX ou Tomografia de mãos e punhos (válido por 1 ano);

*__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.

Para Baricitinibe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:

- Cópia do exame de anti-HCV (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de HBsAg (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBC Total (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBS (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);
- Cópia do laudo de Rx de Tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Hemograma Completo (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Fator Reumatoide (último realizado);

OU

- Cópia do laudo da Ressonância, RX ou Tomografia de mãos e punhos (válido por 1 ano);

Para Naproxeno:

- Cópia do exame de Creatinina Sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido por 1 ano);

Para Leflunomida e Metotrexato:

- Cópia do exame de anti-HCV (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de HBsAg (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Creatinina Sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de β-HCG para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);

Para Sulfassalazina:

- Cópia do exame de anti-HCV (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de HBsAg (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido por 1 ano);

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES
- Mulheres em idade fértil até **55 anos.** - 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 (PREFERENCIALMENTE).**

Atualizado em 10/05/2023