



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



### DERMATITE ATÓPICA – CID-10: L20.0 e L20.8 (Ciclosporina); L20.8 e L20.9 (Dupilumabe)

| MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ciclosporina 100 Mg Cap;</li><li>• Ciclosporina 100 Mg/mL Sol Oral (Fr) 50 mL;</li><li>• Ciclosporina 25 Mg Cap;</li><li>• Ciclosporina 50 Mg Cap;</li><li>• Dupilumabe 200 Mg solução injetável (por seringa preenchida) 1,14mL;</li><li>• Dupilumabe 300 Mg solução injetável (por seringa preenchida) 2 mL;</li></ul> |

| DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) e CPF</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)</li><li>• Cópia do Comprovante de Residência</li></ul> |

| DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMEIRA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | REAVIAÇÃO (TROCA OU RENOVAÇÃO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico Padronizado</b> constando descrição clínica detalhada dos critérios diagnósticos de dermatite atópica, com quadro clínico das lesões, sinais e sintomas, com relato da gravidade das lesões (Dupilumabe: índices SCORAD e/ou EASI e DLQI-BRA; Ciclosporina: escala à escolha do prescritor), e medicamentos utilizados previamente (dose máxima utilizada, efeitos adversos, efeito terapêutico, refratariedade) realizado por dermatologista ou alergista. Para pacientes idosos, informar se doença é incapacitante.</li><li>• <b>Laudo emitido por profissional de saúde</b>, com descrição da medida de pressão arterial (pode ser informado no Relatório Padronizado).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico</b> constando descrição do quadro clínico e a melhora ou não dos scores de avaliação clínica (Dupilumabe: índices SCORAD e/ou EASI e DLQI-BRA; Ciclosporina: escala à escolha do prescritor). Deverá ser utilizada a mesma escala do início do tratamento. <u>Deverão constar os valores aferidos no início e após 6 meses de tratamento.</u> (poderá ser utilizado o campo Anamnese do LME)</li></ul> |

| EXAMES A SEREM APRESENTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido por 1 ano);</li></ul> <p><b>Para Dupilumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do resultado do exame de Hemograma Completo (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Velocidade de Hemossedimentação (VHS) OU Proteína C Restiva (PCR) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Uréia sérica (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Creatinina sérica (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Gama-GT (GGT) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Transaminase Pirúvica ou Alanina Aminotransferase (TGP ou ALT) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Transaminase Oxalacética ou Aspartato Aminotransferase (TGO ou AST) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Anticorpo contra Treponema (VDRL) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de sorologia anti Hepatite B (HBsAg) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de sorologia anti Hepatite C (Anti-HCV) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de sorologia anti HIV (Anti-HIV) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do exame de Elementos Amorfo Sedimentares (EAS) ou Qualitativo de Urina (EAS) (válido por 1 ano);</li><li>• Cópia do resultado do Exame Parasitológico de Fezes (EPF) (válido por 1 ano);</li></ul> |

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>REAValiação (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)</b>                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• A critério do avaliador</li></ul> |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• A prescrição de Dupilumabe deverá ser feita por prescritor médico <b>Dermatologista ou Alergista</b>;</li><li>• <u>Para Dupilumabe</u>: o paciente deverá ser reavaliado após 6 meses de tratamento quanto aos índices de avaliação clínica (deverá ser citado no LME e/ou relatório médico a evolução dos índices do início e após 6 meses de tratamento). Para as renovações subsequentes não é necessário o envio do relatório médico no caso de tratamento inalterado, bastando encaminhar LME e receita.</li></ul> |



Atualizado em 12/06/2025