



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde

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

### ESPONDILITE ANCILOSANTE – CID-10: M45 e M46.8

#### MEDICAMENTOS

- Adalimumabe 40 Mg/ML Sol Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc);
- Certolizumabe Pegol 200 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);
- 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);
- 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;

#### 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)                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Características clínicas e evolução da doença; Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</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></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> Justificativa Opção Terapêutica – Espondilite (Anexo II)</li></ul> |

#### OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Relatório Padronizado – Espondilite (Anexo I)
- Justificativa Opção Terapêutica – Espondilite (Anexo II)

#### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

**PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS**

- 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 do raio-x de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/TGP (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de AST/TGO (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Velocidade de Hemossedimentação (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de proteína C-reativa (PCR) (válido por 1 ano);
- Cópia do hemograma completo (válido por 1 ano);

**\*Observação:** - Exames com resultado  $\geq 5$  mm ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado) - Exames com resultado  $< 5$  mm, enquanto paciente estiver em tratamento: (Validade de 1 ano)

Além dos exames acima, para Naproxeno, Metotrexato e Sulfassalazina:

- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);

#### RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

#### REAValiação (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

#### OBSERVAÇÕES

- ATENÇÃO: No que tange os documentos sob a responsabilidade do médico devem ser providenciados por **Reumatologista ou Clínica Médica (PREFERENCIALMENTE)**.



Atualizado em 07/08/2023

