



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde

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

PSORÍASE – CID-10: L40.0, L40.1, L40.4 e L40.8

MEDICAMENTOS

- Acitretina 10 Mg Cap;
- Acitretina 25 Mg Cap;
- Adalimumabe 40 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);
- Metotrexato 2,5 Mg Comp;
- Metotrexato 25 Mg/ML Sol Inj (Amp);
- Risanquizumabe 90 Mg/ML Solução Injetável (Por Seringa Preenchida);
- Secuquinumabe 150 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);
- Ustequinumabe 45/0,5 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);

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">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório Médico constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica	<ul style="list-style-type: none">• LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)• Prescrição Médica• Relatório Médico constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios

OUTROS DOCUMENTOS A SEREM ASSINADOS PELO PACIENTE E MÉDICO

- Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós Informação (Anexo I) para Acitretina;

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

Para todos os Medicamentos apresentar:

- Cópia do exame das sorologias para hepatite B (válido 6 meses);
- Cópia do exame das sorologias para hepatite C (válido 6 meses);
- Cópia do exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/ TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/ TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame de sedimento urinário (válido 6 meses);

- Cópia do teste de Mantoux (Exceto para Acitretina);
- Radiografia de tórax (Exceto para Acitretina);

*Observação: - Exames com resultado ≥ 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: (válido de 1 ano)

Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:

- Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa (válido 6 meses);

Para Acitretina apresentar:

- Cópia da dosagem de Ureia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de bilirrubinas (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de glicemia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (válido 6 meses);

Para Metotrexato apresentar:

- Cópia do exame de urinálise (válido 6 meses);
- Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (válido 6 meses);

Para Ciclosporina apresentar:

- Cópia da dosagem de Ureia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (válido 6 meses);
- Cópia do exame de magnésio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de potássio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de sódio (válido 6 meses);
- Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (válido 6 meses);

RENOVAÇÃO E MONITORAMENTO DO TRATAMENTO (CADA 6 MESES)

- A critério do avaliador

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

– Acitretina: Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/GM nº 344/1998 – Lista C2 – Retinóides) Necessário apresentar **Prescrição Médica e Notificação de Receita Especial para Retinóides** a cada dispensação.



Atualizado em 01/02/2023

