



DERMAMIOSITE E POLIMIOSITE

Portaria MS-SAS nº 1.692, de 22 de novembro de 2016

Ligar para o número 160 (opção 03) ou 0800 644 0160 para usuários não residentes no DF e agendar horário para entrega dos documentos abaixo. Somente o paciente pode fazer a solicitação inicial de medicamentos no CEAF, com exceção daqueles declarados incapazes (campo 13 do LME).

Informações Gerais

Medicamentos	Azatioprina 50 mg (comprimido) Ciclosporina 25mg, 50 mg e 100 mg (cápsula para micro emulsão ou modificada) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (frasco 50 ml) Hidroxicloroquina 400 mg (comprimido) Imunoglobulina humana 5 g (frasco) Metotrexato 2,5 mg (comprimido)
CIDS contemplados	M33.0 - Dermatomiosite juvenil M33.1 - Outras dermatomiosites M33.2 - Polimiosite
Quantidade máxima mensal	Azatioprina: até 3 mg/kg/dia (até 186 comprimidos/mês); Iniciar com 50 mg/dia, por VO, aumentando 50 mg quinzenalmente até a dose total de 2-3 mg/kg/dia. Para crianças, iniciar com dose 0,5 mg/kg/dia com mesmo alvo adotado para os adultos. Ciclosporina: até 6 mg/kg/dia, Iniciar com 3-5 mg/kg/dia divididos em duas doses, tanto em crianças como adultos, podendo-se aumentar até a dose máxima de 6 mg/kg/dia. Até o máximo de: <ul style="list-style-type: none">• Ciclosporina 25mg: 496 comprimidos/mês,• Ciclosporina 50mg: 372 comprimidos/mês,• Ciclosporina 100mg: 186 comprimidos/mês,• Ciclosporina sol. Oral 100mg/ml: 4 frascos/mês; Hidroxicloroquina: 400mg/dia por VO, 31 comprimidos/mês



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

	<p>Imunoglobulina Humana:</p> <p>1 g/kg/dia por 2 dias ou 0,4 g/kg/dia por 5 dias, com dose máxima de 70 g, repetidas mensalmente por 3 a 6 meses em adultos. Para crianças, a dose de 1 g/kg/dia por 2 dias deve ser realizada a cada 2 semanas inicialmente até completar 5 doses e posteriormente mantida mensalmente por até 2 anos.</p>
	<p>Metotrexato: até 50 comprimidos/mês;</p> <p>Iniciar com 15 mg/semana por VO, subcutânea, intramuscular ou IV, podendo a dose ser aumentada até 25 mg/semana. Nos pacientes pediátricos, a dose é de 15 mg/m²/semana. Necessário associar ácido fólico 5-10 mg/semana 2 dias após o uso do metotrexato em adultos e 1 mg/dia em crianças.</p>
Observação	<p>A solicitação e preenchimento de toda a documentação para os medicamentos deverá ser realizada por médicos da especialidade de Reumatologia ou Clínica Médica.</p>

Documentos e exames obrigatórios necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

PARA AZATIOPRINA E IMUNOGLOBULINA:

Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido por 30 dias) OU relatório médico informando sobre impossibilidade de gestação OU declaração de não gravidez da paciente (idade acima de 55 anos);

PARA HIDROXICLOROQUINA:

Cópia de laudo oftalmológico (válido por 1 ano);

PARA METOTREXATO:

Cópia do exame de uréia sérica (válido por 1 ano);

Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido por 1 ano);

Cópia de Hemograma Completo com contagem e plaquetas (válido por 1 ano);



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido por 30 dias) OU relatório médico informando sobre impossibilidade de gestação OU declaração de não gravidez da paciente (idade acima de 55 anos).

PARA CICLOSPORINA:

- Cópia do exame de uréia sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido por 30 dias) ou relatório médico informando sobre impossibilidade de gestação ou declaração de não gravidez da paciente (idade acima de 55 anos);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano).

FACULTATIVOS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- Cópia do exame de dosagem de PCR (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK) total (válido por 1 ano);
- Cópia do laudo de Eletroneuromiografia (válido por 1 ano);
- Cópia do laudo de Biópsia muscular (sem validade).

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- Cópia do documento de identidade ou Certidão de Nascimento (RG) ou demais documentos com foto aceitos como identificação civil (exceto para indígena ou penitenciário);
- Cadastro de Pessoas Físicas do paciente (CPF);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
- Cópia do documento de identidade do responsável, em caso de paciente incapaz;



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Relatório médico preenchido por serviços especializados em Reumatologia ou em Clínica Médica, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios- disponível relatório padronizado da Farmácia (válido por 1 ano);
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);

Renovação de Continuidade de tratamento

SEMESTRAL

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);

Solicitação de Adequação de tratamento

AUMENTO DE DOSE:

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);
- Relatório médico justificando aumento de dose (válida por 90 dias).