

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: ARTRITE IDIÓPATICA JUVENIL

CID 10: M08.0; M08.1; M08.2; M08.3; M08.4; M08.8; M08.9

1. Medicamentos

Abatacepte 250 mg injetável (por frasco ampola) Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida) Azatioprina 50mg (por comprimido) (CID M08.0) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (frasco de 50 ml) Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola) → Idade Máxima – 18 anos Etanercepte 50 mg (Biossimilar Bio-Manguinhos/BRENZYS®) injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola) → Idade Máxima – 18 anos.	Hidroxicloroquina 400mg (por comp.) (CID M08.0) Infliximabe 10mg/ml pó liof. inj. (fr-amp 10 ml) Infliximabe (biossimilar A) 10mg/ml pó liof. inj. (fr-amp 10 ml) Leflunomida 20 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml sol inj (ampola de 2 ml) Naproxeno 250 mg (por comprimido) Naproxeno 500 mg (por comprimido) Sulfassalazina 500 mg (por comprimido) Tocilizumabe 20 mg/ml injetável (por frasco ampola de 4 ml)
--	--

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1. Documentos pessoais:

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento);
- ✓ Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico:

SOLICITAÇÃO INICIAL

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo**, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Anexo Artrite Reumatoide Juvenil**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo**, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

2.3. Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para todos os medicamentos: ☐ Hemograma completo; ☐ Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG); ☐ Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa; ☐ Cópia do exame do Fator antinuclear (FAN); ☐ Cópia do exame de Fator Reumatoide.	
Para Metotrexato e Leflunomida: ☐ Cópia do exame de HBsAg; ☐ Cópia do exame de anti-HCV; ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; ☐ Cópia do exame de TGO; ☐ Cópia do exame de TGP; ☐ Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica). Para Sulfassalazina: ☐ Cópia do exame de HBsAg; ☐ Cópia do exame de anti-HCV; ☐ Cópia do exame de TGO; ☐ Cópia do exame de TGP; ☐ Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica). Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte e Infliximabe: ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame de HBsAg; ☐ Cópia do exame de anti-HCV; ☐ Cópia do teste de Mantoux.	Para Sulfassalazina: ☐ Cópia do exame de HBsAg; ☐ Cópia do exame de anti-HCV; ☐ Cópia do exame de TGO; ☐ Cópia do exame de TGP; ☐ Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica). Para Tocilizumabe: ☐ Cópia do laudo de Rx de tórax; ☐ Cópia do exame de HBsAg; ☐ Cópia do exame de anti-HCV; ☐ Cópia do teste de Mantoux; ☐ Cópia do exame de TGO; ☐ Cópia do exame de TGP; ☐ Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil. Para Naproxeno: ☐ Cópia do exame de TGO; ☐ Cópia do exame de TGP; ☐ Cópia do exame de Creatinina Sérica; ☐ Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.	
*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.	

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES****Metotrexato e Leflunomida:**

- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Hemograma;
- () Creatinina;
- () Beta HCG (para mulheres em idade fértil)

Para Adalimumabe, Abatacepte, Etanercepte, Infliximabe e Sulfassalazina:

- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Hemograma;

Para Tocilizumabe:

- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Hemograma;
- () Colesterol
- () HDL
- () LDL
- () Triglicerídeos

Ciclosporina e Sulfassalazina:

- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Hemograma;
- () Creatinina;

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 16 de 03 de setembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Artrite Reumatoide e da **Artrite Idiopática Juvenil**.

Para Adalimumabe, Abatacepte, Infliximabe, Etanercepte, Tocilizumabe: Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.