



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

## Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Artrite idiopática juvenil

CID-10: M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8 e M08.9

### 1. Medicamentos Disponíveis:

- **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 Necessários:

#### 2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- ( ) Carteira de Identidade (RG)
- ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ( ) Comprovante de Residência com CEP

**Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:**

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

## 2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

### 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento.
- **Descrição clínica detalhada**, 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;

## 1.1 Exames Obrigatórios (Cópia):

### Para 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.



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

<p><b>Para Metotrexato e Leflunomida:</b></p> <p>( ) Cópia do exame de HBsAg;  ( ) Cópia do exame de anti-HCV;  ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (09 a 49 anos)  ( ) 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).</p> <p><b>Para Sulfassalazina:</b></p> <p>( ) 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).</p> <p><b>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte e Infiximabe:</b></p> <p>( ) Cópia do laudo de Rx de tórax;  ( ) Cópia do exame de HBsAg;  ( ) Cópia do exame de anti-HCV;  ( ) Cópia do teste de Mantoux. ( ou IGRA)</p>	<p><b>Para Sulfassalazina:</b></p> <p>( ) 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).</p> <p><b>Para Tocilizumabe:</b></p> <p>( ) Cópia do laudo de Rx de tórax;  ( ) Cópia do exame de HBsAg;  ( ) Cópia do exame de anti-HCV;  ( ) Cópia do teste de Mantoux ( ou IGRA)  ( ) Cópia do exame de TGO;  ( ) Cópia do exame de TGP;  ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil.( 09 a 49 anos)</p> <p><b>Para Naproxeno:</b></p> <p>( ) 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).</p>
<p>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.</p>	
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	
<p><b>Renovação a cada seis meses:</b></p>	
<p><b>Metotrexato e Leflunomida:</b></p> <p>( ) AST (TGO);  ( ) ALT (TGP);  ( ) Hemograma;  ( ) Creatinina;  ( ) Beta HCG (para mulheres em idade fértil)</p> <p><b>Para Adalimumabe, Abatacepte, Etanercepte, Infiximabe e Sulfassalazina:</b></p> <p>( ) AST (TGO);  ( ) ALT (TGP);  ( ) Hemograma;</p>	<p><b>Para Tocilizumabe:</b></p> <p>( ) AST (TGO);  ( ) ALT (TGP);  ( ) Hemograma;  ( ) Colesterol  ( ) HDL  ( ) LDL  ( ) Triglicerídeos</p> <p><b>Ciclosporina e Sulfassalazina:</b></p> <p>( ) AST (TGO);  ( ) ALT (TGP);  ( ) Hemograma;  ( ) Creatinina;</p>



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade de Reumatologia ou Pediatria com experiência em reumatologia. Regularizados no CNES-** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

### 5. Observações:

5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;

5.2. 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;

5.3. 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**.

5.4. **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.

5.5. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

**6. Atenção à Validade dos Exames:**

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**

Rua Borja Peregrino, 181 - Torre, João Pessoa - PB, 58040-050