



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;

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>Para Metotrexato e Leflunomida:</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; () 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>Para Sulfassalazina:</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>Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte e Infliximabe:</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) () Beta HCG (para mulheres em idade fértil) – Abatacepte, Adalimumabe e Etanercepte</p>	<p>Para Sulfassalazina:</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). () Beta HCG (para mulheres em idade fértil)</p> <p>Para Tocilizumabe:</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.</p> <p>Para Naproxeno:</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>Para Adequação/Renovação a cada seis meses:</p>	
<p>Metotrexato e Leflunomida:</p> <p>() AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Creatinina; () Beta HCG (para mulheres em idade fértil)</p> <p>Para Adalimumabe, Abatacepte, Etanercepte, Infliximabe e Sulfassalazina:</p> <p>() AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Beta HCG (para mulheres em idade fértil) – Abatacepte, Adalimumabe e Etanercepte</p>	<p>Para Tocilizumabe:</p> <p>() AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Colesterol () HDL () LDL () Triglicerídeos () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil.</p> <p>Ciclosporina e Sulfassalazina:</p> <p>() AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Creatinina; () Beta HCG (para mulheres em idade fértil)</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**.

5.6. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. PARA: Abatacepte; Adalimumabe; Ciclosporina; Etanercepte; Leflunomida; Metotrexato; Sulfassalazina; Tocilizumabe.**

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**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**Farmácia
Especializada da Paraíba**

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