



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: ARTRITE PSORÍACA****CID 10: M07.0, M07.2, M07.3****1. Medicamentos**

Adalimumabe 40 mg/ml (por seringa preenchida); Certolizumabe pegol 200 mg/mL (por seringa preenchida); Ciclosporina 25 mg (por comprimido); Ciclosporina 50 mg (por comprimido); Ciclosporina 100 mg (por comprimido); Ciclosporina 100mg/ml, solução oral; Etanercepte 25 mg (frasco-amp ou ser preenchida); Etanercepte 50 mg (frasco-amp ou ser preenchida); Golimumabe 50mg (por seringa preenchida);	Infliximabe 10mg/ml (por frasco-ampola); Infliximabe 10mg/ml Biossimilar (por frasco-amp.); Leflunomida 20 mg (por comprimido); Metotrexato 25mg/ml, (por ampola de 2 ml); Metotrexato 2,5 mg, (por comprimido); Naproxeno 250mg (por comprimido); Naproxeno 500mg (por comprimido); Secuquinumabe 150mg/ml (por seringa preenchida); Sulfasalazina 500 mg (por comprimido); Tofacitinibe 5mg (por comprimido)
---	---

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 deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

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 Médico**, descrevendo sinais e sintomas, acometimento e tratamentos prévios e seu tempo de duração;
- () **Anexo**, Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (**CASPAR**);
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

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 Médico**, descrevendo sinais e sintomas, acometimento e tratamentos prévios e seu tempo de duração;



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

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para Ciclosporina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD).	
Para Metotrexato e Leflunomida: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.	Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Secuquinumabe e Tofacitinibe: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.
Para Naproxeno: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP.	Para Sulfassalazina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGO; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Anti-HCV; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Radiografia de tórax.
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.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- Cópia do exame de AST (TGO);
- Cópia do exame de ALT (TGP);
- Cópia do exame de Hemograma com plaquetas;
- Cópia do exame de Creatinina.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia ou Dermatologia**, 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 09, de 21 de maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Psoriásica**.



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

Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe ou Secuquinumabe: NECESSÁRIO 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 à Farmácia Especializada da Paraíba.