

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: ARTRITE REUMATÓIDE****CID 10:** M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8**1. Medicamentos**

Abatacepte 125 mg injetável (seringa preenchida) Abatacepte 250 mg injetável (por frasco ampola) Adalimumabe 40 mg injet. (por seringa preenchida) Azatioprina 50 mg (por comprimido) Baricitinibe 2 mg (por comprimido) Baricitinibe 4 mg (por comprimido) Certolizumabe pegol 200mg/ml injetável (por seringa preenchida) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml sol. oral (frasco de 50 ml) Cloroquina 150 mg (por comprimido) Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg (Biossimilar Bio-Manguinhos) injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola) Golimumabe 50 mg injetável (por seringa preenchida)	Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido) Infliximabe (Biossimilar A) 10mg/ml injetável (por frasco ampola 10 ml) Infliximabe 10mg/ml injet. (frasco ampola 10 ml) Leflunomida 20 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml) Naproxeno 250 mg (por comprimido) Naproxeno 500 mg (por comprimido) Rituximabe 500 mg (ROCHE/MABTHERA®) injetável (por frasco ampola de 4 ml) Rituximabe 500 mg (Biossimilar Bio-Manguinhos/ RIXYMIO®) injet. (frasco ampola de 4 ml) Sulfassalazina 500 mg (por comprimido) Tocilizumabe 20 mg/ml injet. (frasco ampola 4 ml) Tofacitinibe 5 mg (por comprimido). Upadacitinibe 15mg (por comprimido de liberação prolongada)
--	---

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).
- ✓ 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**;
- () **ICAD**;
- () **Avaliação de Capacidade funcional**;
- () **ACR/EULAR**;

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

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;

2.3 Exames Obrigatórios**SOLICITAÇÃO INICIAL****Parar todos os medicamentos**

- () Cópia do exame de TGO;
- () Cópia do exame de TGP;
- () Cópia do Hemograma completo.

Para Abatacepte e Sulfassalazina:

- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de anti-HCV;
- () Cópia do teste de Mantoux;
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos).

Para Metotrexato e Leflunomida:

- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de anti-HCV;
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos);
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
- () Cópia do Teste de Mantoux

Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Ciclosporina, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:

- () 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 Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos);

Para Naproxeno:

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos);

O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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	
Leflunomida, Sulfassalazina e Naproxeno: () AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Creatinina; () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos); Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Certolizumabe, Cloroquina, Etanercepte, Golimumabe, Hidroxicloroquina, Infliximabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe: () AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos);	Para Tocilizumabe: () AST (TGO); () ALT (TGP); () Hemograma; () Colesterol () HDL () LDL () Triglicerídeos () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil de 09 a 55 anos);

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** sendo o médico **Reumatologista**, regularizados 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, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

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

Para Adalimumabe, Abatacepte, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Tocilizumabe e Certolizumabe: 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.**

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