

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última atualização: 05/05/2025)

PCDT: DOENÇA DE CROHN

CID 10: K50.0; K50.1; K50.8

1. Medicamentos

Adalimumabe 40 mg/ml injetável (por ser. preenchida); Adalimumabe (Biossimilar A) 40 mg/ml injetável (por ser. Preenchida); Pacientes maiores de 06 anos de idade. Azatioprina 50 mg (por comprimido); Certolizumabe Pegol 200mg/ml (por ser. preenchida); Infliximabe (Biossimilar A) 10 mg/ml injetável (frasco-ampola 10 ml); Pacientes maiores de 06 anos de idade.	Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml); Pacientes maiores de 06 anos de idade. Mesalazina 400 mg (por comprimido); Mesalazina 500 mg (por comprimido); Mesalazina 800 mg (por comprimido); Metotrexato 25mg/ml (por ampola); Sulfassalazina 500 mg (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 deseja 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. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamentos já utilizados pelo paciente para Doença de Crohn;
- () Índice de Harvey-Bradshaw;
- () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Para os pacientes de INFLIXIMABE: descrever um laudo detalhado com esquema de administração;

Para paciente que inicia o tratamento com MESALAZINA: apresentar, obrigatoriamente, laudo médico informando a intolerância ao uso da SULFASSALAZINA e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso.

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. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Em caso de alteração de dosagem, apresentar justificativa médica.

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

2.3 Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL	
Para todos os medicamentos () Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico);	
Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infiximabe: () Cópia do teste de Mantoux - PPD; () Cópia do laudo do Raio X de Tórax Para Metotrexato: () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;	Para Sulfassalazina e Mesalazina: () Cópia do exame de Hemograma completo () Cópia do exame qualitativo de urina (QUE ou urina tipo I) () Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica
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.	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
Para Sulfassalazina e Mesalazina: () Cópia do exame de Hemograma completo () Cópia do exame qualitativo de urina (QUE ou urina tipo I) () Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica Para Azatioprina: () Hemograma completo; () AST (TGO); () ALT (TGP).	Para Infiximabe: () ALT (TGO); () AST (TGP). Para Adalimumabe: () Hemograma completo Para Metotrexato: () Hemograma c/ plaquetas; () TGO; () TGP; () Fosfatase alcalina; () Creatinina.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Gastroenterologista e/ou Proctologista**, 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, 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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/11/2013 e Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Crohn**.



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

PARA INFLIXIMABE, ADALIMUMABE 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**

Exames Genéticos: **sem validade**

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