



**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

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

**PCDT: ESPONDILITE ANCILOSANTE**

**CID-10: M45 | M46.8**

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Adalimumabe 40 mg/ml (seringa preenchida)
- Certolizumabe 200mg/ml (seringa preenchida)
- Etanercepte 25 mg e 50mg (frasco-ampola ou seringa preenchida)
- Golimumabe 50mg (seringa preenchida)
- Infliximabe 100 mg (frasco-ampola)
- Metotrexato 2,5 mg (comprimido)
- Metotrexato 25mg/ml injetável (amp.de 2 ml);
- Naproxeno 250mg e 500mg (comprimido)
- Secuquinumabe 150mg/ml (seringa preenchida)
- Sulfassalazina 500 mg (comprimido).

**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

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

**Solicitação Inicial:**

- ( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- ( ) Receituário médico com posologia para 1 mês de tratamento
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos
- ( ) Anexo I



**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

**Renovação (a cada seis meses):**

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**

**Solicitação Inicial:**

**Para todos os medicamentos:**

- Cópia do exame de velocidade de hemossedimentação (VHS)
- Cópia do exame de proteína C reativa
- Cópia da radiografia simples de articulações sacroilíacas, bacia, coluna dorsal e lombossacra.
- Cópia do hemograma, contagem de plaquetas
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxalacética - TGO)

**Para Adalimumabe, Etanercepte, Metotrexato, Secuquinumabe e Sulfassalazina:**

- Cópia do exame de Beta-HCG para mulheres em idade fértil

**Para Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:**

- Cópia do exame de Anti - HCV;
- Cópia do exame de Anti - HIV
- Cópia do exame do HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do exame de radiografia de Tórax

**Para Sulfassalazina e Metotrexato:**

- Cópia do exame de Anti - HCV;
- Cópia do exame de HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela Não creatinina sérica)
- Radiografia de Tórax

**Para Naproxeno:**

- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela Não creatinina sérica)

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

**PARA ADEQUAÇÃO E/OU RENOVAÇÃO (A CADA SEIS MESES)**

- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica -TGP);



**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

- Hemograma
- Creatinina Sérica
- Cópia do exame de velocidade de hemossedimentação
- Cópia do exame de proteína C reativa

**Para Adalimumabe, Etanercepte, Metotrexato, Secuquinumabe e Sulfassalazina:**

- Cópia do exame de Beta-HCG para mulheres em **idade fértil**

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.

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na Especialidade **Reumatologia** e estejam regularizadas 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
- Prescrição 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 pela Portaria SAS/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018.

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

5.5. **Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira. PARA: Adalimumabe, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe e Secuquinumabe.**

5.6. O exame Beta- HCG deve ser apresentado **mensalmente, sendo o exame do mês vigente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. Para Adalimumabe, Etanercepte, Metotrexato, Secuquinumabe e Sulfassalazina.**



**Contato: (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**