



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Última revisão: 31/07/2024)

PCDT: ESPONDILITE ANCILOSANTE
CID 10: M45; M46.8

1. Medicamentos

Adalimumabe 40 mg/ml, seringa preenchida; Certolizumabe 200mg/ml, seringa preenchida; Etanercepte 25 mg, frasco-ampola; Etanercepte (Biossimilar Bio-Manguinhos) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida; Etanercepte (Pfizer/Enbrel) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida; Golimumabe 50mg, seringa preenchida; Infliximabe (Biossimilar A) 100 mg, frasco-ampola;	Infliximabe 100 mg, frasco-ampola; Metotrexato 2,5 mg (por comprimido); Metotrexato 25mg/ml injetável (por amp.de 2 ml); Naproxeno 250 mg (por comprimido); Naproxeno 500 mg (por comprimido); Secuquinumabe 150mg/ml (por ser. preenchida); 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **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;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios;

2.3 Exames Obrigatórios:

SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

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

- () Anti - HCV;
- () HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- () Teste de mantoux - PPD.
- () Radiografia de Tórax.

Para Sulfassalazina e Metotrexato:

- () Anti - HCV;
- () HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- () TGO;
- () TGP;
- () Clearance de creatinina;
- () Teste de mantoux - PPD;
- () Beta HCG (para mulheres em idade



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99188-8691

Para Naproxeno: () Clearance de Creatinina; () TGO; () TGP	fértil; () Radiografia de Tórax
---	-------------------------------------

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) 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 pela Portaria SAS/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.