

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: ARTRITE PSORÍACA
CID: M07.0, M07.2, M07.3
Produto: ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A, GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A, SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Não
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Não
Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)	Sim	Não
Radiografia de tórax	Sim	Não
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Não
Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)	Sim	Não
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia de CPF	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Documentos Responsável		
Cópia de documento de identidade do Responsável	Sim	Não
Cópia de CPF do Responsável	Sim	Não
Cópia de Comprovante de Residência do Responsável	Sim	Não

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

Exames

Cópia do exame de contagem de Plaquetas

Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa

Cópia do exame de Fator Reumatóide

Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)

Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea

Documentos

Escala Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)

Escala Disease Activity in PSoriatic Arthritis (DAPSA)

Escala Leeds Enthesitis Index (LEI)

Escala Minimal Disease Activity (MDA)

Escala Psoriasis Area Severity Index (PASI) conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase