

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

PCDT: ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)
CID: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Produto: ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2, CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A, CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2, CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2, CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2, CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2, 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, RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Cópia do laudo de Rx de tórax	Sim	Sim
Cópia do teste de Mantoux	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada	Sim	Sim
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.	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
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 anti-CCP

Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa

Cópia do exame de Fator Reumatóide

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

Exames

Cópia do laudo de Ressonância magnética

Cópia do laudo de Rx

Cópia do laudo de Ultrassonografia

Documentos

Laudo contendo descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)