



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)



**ARTRITE REUMATOIDE JUVENIL – CID-10: M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9**

### MEDICAMENTOS

- Abatacepte 250 Mg Pó P/ Susp Inj (Fr-Amp);
- Adalimumabe 40 Mg/ Sol Inj (Ser Preenc);
- Azatioprina 50 Mg Comp;
- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg/ Sol Oral (Fr);
- Ciclosporina 25 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Etanercepte (Biossimilar Bio-Manguinhos) 50 Mg Sol Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc);
- Etanercepte (Pfizer/Enbrel®) 50 Mg Pó Liof Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc);
- Etanercepte 25 Mg Pó Liof Inj (Fr-Amp Ou Ser Preenc);
- Hidroxicloroquina 400 Mg Comp;
- Infliximabe (Biossimilar A) 10 Mg/ Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Infliximabe 10 Mg/ Pó Liof Inj (Fr-Amp);
- Leflunomida 20 Mg Comp;
- Metotrexato 2,5 Mg Comp;
- Metotrexato 25 Mg/ Sol Inj (Amp);
- Naproxeno 500 Mg Comp;
- Sulfassalazina 500 Mg Comp;
- Tocilizumabe 20 Mg/ Sol Inj (Fr-Amp);

### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	REAVIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico De Artrite Reumatoide</b> (Anexo I)</li><li>• <b>Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica</b> (Anexo II)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LME</b> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)</li><li>• <b>Prescrição Médica</b></li><li>• <b>Relatório Médico De Artrite Reumatoide</b> (Anexo I)</li><li>• <b>Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica</b> (Anexo II)</li></ul>

### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

#### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do exame de anti-HCV (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de HBsAg (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBC Total (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de anti-HBS (válido por 1 ano);
- Cópia do laudo do Raio-x de tórax (válido por 1 ano);

**Além dos exames acima, para Abatacepte, Adalimumabe, Azatioprina, Ciclosporina, Etanercepte, Infliximabe, Leflunomida, Metotrexato, Sulfassalazina e Tocilizumabe:**

- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Igra) (válido por 1 ano);

**\*Observação:** - Exames com resultado  $\geq 5$  mm ou pacientes que já se submeteram ao tratamento completo da tuberculose: (Último exame realizado); e – Exames com resultado  $< 5$  mm, enquanto paciente estiver em tratamento.

**Além dos exames acima, para Leflunomida, Metotrexato, Naproxeno, Sulfassalazina e Tocilizumabe:**

- Cópia do exame de Creatinina Sérica (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de TGO/AST E TGP/ALT (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina OU calculável pela creatinina sérica)
- Cópia do exame de  $\beta$ -HCG para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);

**REAVLIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)**

- A critério do avaliador

**OBSERVAÇÕES**

- Leflunomida: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria SVS/GM nº 344/1998 – Lista C1 - Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.
- ATENÇÃO: No que tange os documentos sob a responsabilidade do médico devem ser providenciados por **Reumatologista ou Clínica Médica (PREFERENCIALMENTE)**.



Atualizado em 01/11/2023