



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



### ARTRITE IDIOPÁTICA 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/Ml 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) e CPF
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência
- Cópia do Cartão Vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento.

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO	REAVALIAÇÃO (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>Cópia do cartão vacinal</b> com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença</li><li>• <b>Relatório Médico De Artrite Reumatoide (Anexo I)</b></li><li>• <b>Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica (Anexo II)</b></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 (Anexo I)</b></li><li>• <b>Justificativa Sequencial para Opção Terapêutica (Anexo II)</b></li></ul>

#### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

##### PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

###### EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES :

- Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio - não obrigatório em Não caso de troca de MMCDbio) (Validade: 1 ano);

- Cópia do laudo de Ultrassonografia das articulações acometidas (Validade: 1 ano);
- Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio - não obrigatório em caso de troca de MMCDbio) (Validade: 1 ano);
- Cópia do laudo de Ressonância magnética das articulações acometidas; (Validade: 1 ano).

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

ABATACEpte, ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A), ADALIMUMABE 40, ETANERCEpte 25 MG, ETANERCEpte (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS), ETANERCEpte (PFIZER/ENBREL®), INFliximabe (BIOSSIMILAR A), INFliximabe.

- Cópia do exame de anti-HCV ; (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de HbsAg; (Validade: 6 meses).

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

NAPROXENO 500 MG COMP GRUPO 2

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica ;
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) .

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A

- Cópia do exame de anti-HCV (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre 10 e 49 anos) (Validade: 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética – TGO);
- Cópia do exame de HBsAg (Validade: 6 meses);
- Cópia do hemograma completo. (Validade: 6 meses).

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A

- Cópia do exame de anti-HCV (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre 10 e 49 anos) (Validade: 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de HBsAg (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) .

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A, METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A

- Cópia do exame de anti-HCV (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre 10 e 49 anos) (Validade: 30 dias);

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de HBsAg (Validade: 6 meses).

**ALÉM DOS EXAMES ACIMA OBRIGATÓRIOS PARA:**

**SULFASSALAZINA**

- Cópia do exame de anti-HCV (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de HBsAg (Validade: 6 meses);
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) .

**REAVALIAÇÃO (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 )**.