



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



**PSORÍASE – CID-10: L40.0, L40.1, L40.4 e L40.8**

### MEDICAMENTOS

- Acitretina 10 Mg Cap;
- Acitretina 25 Mg Cap;
- Adalimumabe 40 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);
- Ciclosporina 25 Mg Cap;
- Ciclosporina 50 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg Cap;
- Ciclosporina 100 Mg/ML Sol Oral (Fr);
- 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);
- Metotrexato 2,5 Mg Comp;
- Metotrexato 25 Mg/ML Sol Inj (Amp);
- Risanquizumabe 90 Mg/ML Solução Injetável (Por Seringa Preenchida);
- Secuquinumabe 150 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);
- Ustequinumabe 45/0,5 Mg/ML Sol Inj (Ser Preenc);

### 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	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>Relatório Médico</b> constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios</li><li>• <b>Termo</b> de Conhecimento de Risco (Anexo I) para Acitretina</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</b> constando: Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios</li></ul>

### EXAMES A SEREM APRESENTADOS

Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:

- 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 exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/ TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/ TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame de sedimento urinário (válido 6 meses);
- Cópia do teste de Mantoux (válido por 1 ano);
- Radiografia de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa (válido 6 meses);

Para Acitretina apresentar:

- Cópia da dosagem de Ureia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Bilirrubinas (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/ TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/ TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Glicemia (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);

Para Metotrexato apresentar:

- Cópia da dosagem de Uréia (válido 6 meses);
- 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 exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de albumina (válido 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/ TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/ TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU);
- Cópia do teste de Mantoux (válido por 1 ano);
- Radiografia de tórax (válido por 1 ano);

Para Ciclosporina apresentar:

- Cópia da dosagem de Uréia (válido 6 meses);
- 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 exame das sorologias para HIV (válido 6 meses);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de ALT/ TGP (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de AST/ TGO (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (válido 6 meses);
- Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos. (válido 6 meses);
- Cópia do exame de Hemograma completo (válido 6 meses);
- Cópia do exame de magnésio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de potássio (válido 6 meses);
- Cópia do exame de sódio (válido 6 meses);
- Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)
- Cópia do teste de Mantoux (válido por 1 ano);
- Radiografia de tórax (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) - Exames com resultado  $< 5$  mm, enquanto paciente estiver em tratamento: (válido de 1 ano)

#### OBSERVAÇÕES

– Acitretina: Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/GM nº 344/1998 – Lista C2 – Retinóides) Necessário apresentar **Prescrição Médica e Notificação de Receita Especial para Retinóides** a cada dispensação.



Atualizado em 27/05/2024