

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE PSORÍACA

ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, SECUQUINUMABE e TOFACITINIBE
M07.0, M07.2, M07.3

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS
2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
 - ✓ V.H.S., Proteína C reativa, Hemograma completo, Creatinina, A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.), (3 meses);
 - ✓ Radiografia de tórax, PPD ((Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA
 - ✓ Sorologia para HIV, HBSAg e anti-HCV (validade 12 meses)
 - ✓ Raio X da área afetada ou Ultrassonografia ou Ressonância magnética ou Tomografia Computadorizada ou Cintilografia óssea (validade 12 meses). Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.
 - ✓ **Relatório Médico** descrevendo diagnóstico clínico
 - ✓ Escala CASPAR
 - ✓ Avaliação da atividade da doença - De acordo com a manifestação predominante anexar escala adotada pelo protocolo clínico: DAPSA - para a avaliação da artrite periférica; ASDAS ou BASDAI - para a avaliação da artrite axial; e LEI - para a avaliação de entesites. Para o componente de pele, recomenda-se o uso da ferramenta PASI, conforme o Protocolo Clínicas e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase, do Ministério da Saúde.
 - ✓ O alvo terapêutico a ser atingido deve ser avaliado pelo Minimal Disease Activity (MDA)
 - ✓ **TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar)**: Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, laudo RX de tórax e PPD ((Prova Tuberculínica ou Mantoux), Sorologia para HIV, HBSAg e anti-HCV.
5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.
6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

• **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do(s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com as legislações vigentes.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.