

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE CROHN

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFILIXIMABE,
ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE
K50.0, K50.1, K50.8

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **Gastroenterologista ou Proctologista**, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
2. **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data, prescrita por neurologista.
3. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

- ✓ I.H.B. (Tabela do Índice de Harvey-Bradshaw) preenchido pelo médico.
- ✓ Laudo de Exame comprobatório endoscópico, anatomo-patológico, radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM-enteral) e/ou cirúrgico, com diagnóstico de doença de Crohn.
- ✓ **PARA SULFASSALAZINA E MESALAZINA:** Hemograma, creatinina e Urina tipo I
- ✓ **PARA AZATIOPRINA:** Hemograma, ALT e AST;
- ✓ **PARA METOTREXATO:** Hemograma, fosfatase alcalina, ALT e AST e Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).
- ✓ **PARA ADALIMUMABE, INFILIXIMABE E CERTOLIZUMABE** – Hemograma completo, creatinina, TGO (AST) e TGP (ALT), Laudo do raio X do tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA.

4. **CÓPIA DOS EXAMES DO PACIENTE:** R.G. e Cartão do SUS. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

5. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

6. Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Laudo de Exame comprobatório endoscópico, anatomo-patológico, radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM-enteral) e/ou cirúrgico: INDETERMINADA.
- ✓ Raio X de Tórax: 12 meses;
- ✓ Exames laboratoriais de Hemograma com plaquetas, creatinina sérica, ALT, AST, fosfatase alcalina, Parcial de Urina (EQU): 3 meses;
- ✓ Exame de Beta-HCG (Teste de Gravidez): 30 dias;
- ✓ Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA: 12 meses, ou o exame mais recente e justificativa médica da impossibilidade da repetição do exame.

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE CROHN

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFILIXIMABE,
ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE
K50.0, K50.1, K50.8

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!