

Superintendência de Relações Intersectoriais  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica  
Assistência Farmacêutica Especializada

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE CROHN

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFLIXIMABE,  
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, anatomopatológico, radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM-ental) 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, INFLIXIMABE 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, anatomopatológico, radiológico (Raio X de trânsito do delgado, TC enteral ou RM-ental) 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 Intersectoriais  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica  
Assistência Farmacêutica Especializada

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE CROHN

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, METOTREXATO, INFLIXIMABE,  
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!**