

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO RETOCOLITE ULCERATIVA

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, INFLIXIMABE, MESALAZINA, SULFASSALAZINA, TOFACITINIBE,
VEDOLIZUMABE
K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico especialista, 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:**
 - ✓ Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas (biópsia) sugestivas de RCU;
 - ✓ **PARA MESALAZINA E SULFASSALAZINA:** Hemograma completo, ureia, creatinina sérica, parcial de urina (EQU);
 - ✓ **PARA AZATIOPRINA:** Hemograma completo, A.S.T. e A.L.T.;
 - ✓ **PARA CICLOSPORINA:** Hemograma completo, Creatinina, Ácido Úrico, Potássio, Colesterol Total, Triglicérides e Magnésio.
 - ✓ **PARA INFLIXIMABE, TOFACITINIBE E VEDOLIZUMABE:** Hemograma completo, AST, ALT, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA e Radiografia de Tórax; - HIV, HBsAg e anti-HCV
- VALIDADE DOS EXAMES:**
 - ✓ Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina, Creatinina, Ácido Úrico, Potássio, Colesterol Total, Triglicérides e Magnésio: 3 meses;
 - ✓ HBsAg, anti-HCV: validade 06 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada.
 - ✓ PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: 12 meses. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB.
 - ✓ Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses.
 - ✓ Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, colonoscopia e biópsia: 12 meses
4. **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.
5. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO RETOCOLITE ULCERATIVA

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, INFLIXIMABE, MESALAZINA, SULFASSALAZINA, TOFACITINIBE,
VEDOLIZUMABE
K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

6. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** original, devidamente preenchido e assinado de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

- **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 a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.