

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **reumatologista**, 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:
 - ✓ **PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:** V.H.S., Proteína C reativa, Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo);
 - ✓ Hemograma completo, creatinina, ALT e AST;
 - ✓ Relatório Médico detalhado com evolução da doença, incluindo pelo menos um índice de atividade da doença: **SDAI, CDAI ou DAS28**;
 - ✓ Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada (quando artrite soronegativa);
 - ✓ Tabela HAQ ou CHAQ (crianças);

ACRESCENTAR:

 - ✓ **PARA HDROXICLOROQUINA e CLOROQUINA: Avaliação oftalmológica.**
 - ✓ **PARA SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, UPADACITINIBE, BARACITINIBE E TOFACITINIBE:** Sorologias para HIV, HBsAg, anti-HCV, Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA 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 IMUNOBIOLOGICOS: ABATACEPTE, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, RITUXIMABE E TOCILIZUMABE:** Sorologias para HIV, HBsAg, anti-HCV, Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, 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).
 - ✓ Colesterol Total/frações e Triglicérides (SOMENTE PARA TOCILIZUMABE).
 - ✓ **PARA SUBSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS:** Todos os exames de abertura de processo, exceto exame de imagem das áreas afetadas pela doença, Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo) e P.P.D ou IGRA.

Em caso TB ativa ou necessidade de tratamento da ILTB, solicitar laudo da equipe de saúde assistente informando sobre o tratamento, de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, e prazo para início do MMCD biológico ou MMCDsae.

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Beta-HCG: 30 dias;
- ✓ Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 3 meses;
- ✓ HIV, HBsAg, anti-HCV: validade 06 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada;
- ✓ Avaliação oftalmológica: validade 12 meses;

- ✓ 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;
- ✓ Anti-CCP e Fator Reumatoide: validade indeterminada;
- ✓ Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses;
- ✓ Exames de Imagem das áreas afetadas pela doença (anexar somente o laudo): Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.

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

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.