

ESPONDILITE ANCILOSANTE

METOTREXATO, SULFASSALAZINA, INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE, SECUQUINUMABE, NAPROXENO E ETANERCEPTE
M45, M46.8

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 MEDICAMENTOS:**
 - ✓ Hemograma com plaquetas, TGO (AST), TGP (ALT), Creatinina, V.H.S., Proteína C reativa;
 - ✓ Laudo do Raio X simples das articulações sacro ilíacas, bacia, coluna dorsal e lombo sacra ou Ressonância magnética de articulações sacro ilíacas;
 - ✓ Em caso de doença inflamatória intestinal, colonoscopia ou biópsia devem ser anexados.
 - ✓ HLA B27, caso o exame de imagem não demonstre sacroileíte;
 - ✓ Índice BASDAI ou ASDAS.
 - ✓ **PARA METOTREXATO:** PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Radiografia de tórax, HBsAg, Anti-HCV, 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 SULFASSALAZINA:** PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Laudo da Radiografia de tórax, HBsAg e Anti- HCV;
 - ✓ **PARA NAPROXENO:** Clearance de creatinina
 - ✓ **PARA INFLIXIMABE, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL OU SECUQUINUMABE:**
 - ✓ Laudo da Radiografia de tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg, Anti-HCV e Anti- HIV;
- 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.
- ✓ Descrição no campo “11 – Anamnese” do LME: o Tipo de manifestação: Espondilite Ancilosante: Manifestação Axial ou Espondilite Ancilosante: Manifestação Periférica;
 - ✓ Os Medicamentos utilizados e período de uso.
- ✓ **PARA TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar):** Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HBsAg, anti-HCV e HIV; e P.P.D ou IGRA.

VALIDADE DOS EXAMES:

- ✓ Beta-HCG: 30 dias.
- ✓ Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 3 meses.
- ✓ HIV, HBsAg, anti-HCV: validade 12 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.
- ✓ Antígeno HLA-B27: validade indeterminada
- ✓ Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses.
- ✓ Exames de Imagem da região sacroilíaca (anexar somente o laudo): - validade: 12 meses. Em caso de alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.
- ✓ Para a solicitação de MMCDbio para o tratamento de entesite anexar exame de imagem comprobatório (ultrassonografia ou ressonância magnética): validade: 6 meses.

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.

**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!