Assistência FARMACÊUTICA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersetoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

RETOCOLITE ULCERATIVA

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 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.

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, creatinina sérica, uréia, exame 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: se possível. PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA e Radiografia de Tórax; a critério médico.
- ✓ **PARA TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar):** Hemograma completo, AST, ALT, - HIV, HBsAg e anti-HCV.
  PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA e Radiografia de Tórax: a critério médico.

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.

6. **<u>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</u>** 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)- <u>não serão protocolados</u> 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.