

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

ARTRITE PSORÍACA

ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, SECUQUINUMABE e TOFACITINIBE
M07.0, M07.2, M07.3

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista reumatologista ou dermatologista** 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:
 - ✓ V.H.S., Proteína C reativa, Hemograma completo, Creatinina, A.L.T.(T.G.P.) , T.G.O. (A.S.T.);
 - ✓ Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) 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.
 - ✓ Sorologia para HIV, HBSAg e anti-HCV;
 - ✓ Raio X da área afetada ou Ultrassonografia ou Ressonância magnética ou Tomografia Computadorizada ou Cintilografia óssea. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada;
 - ✓ **Relatório Médico** descrevendo diagnóstico clínico;
 - ✓ Escala CASPAR;
 - ✓ Avaliação da atividade da doença - De acordo com a manifestação predominante anexar escala adotada pelo protocolo clínico: DAPSA - para a avaliação da artrite periférica; ASDAS ou BASDAI - para a avaliação da artrite axial; e LEI - para a avaliação de entesites. Para o componente de pele, recomenda-se o uso da ferramenta PASI, conforme o Protocolo Clínicas e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase, do Ministério da Saúde;
 - ✓ O alvo terapêutico a ser atingido deve ser avaliado pelo Minimal Disease Activity (MDA)
 - ✓ **TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar):** Hemograma, plaquetas, AST, ALT, Creatinina, PCR, VHS, laudo RX de tórax , Sorologia para HIV, HBSAg e anti-HCV;
 - ✓ β-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 15 dias ou documento de esterilização

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 as legislações vigentes.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.