

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

AZATIOPRINA, METOTREXATO, CICLOSPORINA, IMUNOGLOBULINA HUMANA E
HIDROXICLOROQUINA

1. Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

2. **Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**, devidamente preenchido e assinado de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.
4. **Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

PARA TODOS MEDICAMENTOS:

- ✓ Formulário Médico com os Critérios Classificatórios de Bohan-Peter para miopatias inflamatórias OU Formulário Médico com os Critérios de Diagnóstico de EULAR/ACR 2017 para miopatias inflamatórias idiopáticas adultas e juvenis;
- ✓ Biópsia muscular demonstra as alterações histológicas características de uma miopatia inflamatória. Em muitos casos mostrará alterações adicionais e mais específicas, permitindo corroborar na caracterização de miopatias inflamatórias. Enzimas musculares são elevadas na maioria dos pacientes com doença muscular ativa. Outras enzimas séricas, incluindo CPK, aldolase, DHL, AST/TGO e ALT/TGP;
- ✓ Eletroneuromiografia.

PARA AZATIOPRINA:

- ✓ Hemograma, plaquetas 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 CICLOSPORINA:

- ✓ Ureia e creatinina.

PARA METOTREXATO:

- ✓ Hemograma, plaquetas, ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, 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 HIDROXICLOROQUINA:

✓ Avaliação oftalmológica - O médico oftalmologista deve avaliar a REGIÃO MACULAR e AFIRMAR que o paciente está apto para o uso de Hidroxicloroquina.

PARA IMUNOGLOBULINA:

✓ Formulário Médico com os Critérios Classificatórios de Bohan-Peter para miopatias inflamatórias OU Formulário Médico com os Critérios de Diagnóstico de EULAR/ACR 2017 para miopatias inflamatórias idiopáticas adultas e juvenis;

✓ Exames médicos que comprovem os critérios de inclusão assinalados;

✓ Relato médico de uso prévio de GC mais AZA, MTX ou ciclosporina;

✓ **PARA RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO USO DA IMUNOGLOBULINA: LME + Receita + relato médico justificando a continuidade do tratamento.**

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!