

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, ETANERCEPT, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO,
NAPROXENO, SULFASSALAZINA E TOCILIZUMABE.
M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

- 1) **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia, 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**: Hemograma completo, AST, ALT, Creatinina, V.H.S., Proteína C reativa (P.C.R.), Fator Reumatóide, e/ou anti-CCP (quando FR negativo), Detecção do HLA B27 e FAN, HIV, HbsAG; Anti-HCV, Laudo dos exames das áreas afetadas (Rx, US, RM (12 meses) quando a artrite for soronegativa.
 - ✓ Beta-HCG – solicitado para pacientes do sexo feminino, a partir dos 10 anos de idade.
 - ✓ Raio X de Tórax 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.
 - ✓ Avaliação oftalmológica.
 - ✓ **Relatório Médico** com características clínicas e evolução da doença, medicamentos usados no tratamento, critérios de inclusão e exclusão na classificação dos subtipos de AIJ, incluindo pelo menos um índice composto de atividade da doença: critérios **JADAS** e **Wallace**.
 - ✓ **PARA SUBSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS**: 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.

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.

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, NAPROXENO, SULFASSALAZINA E TOCILIZUMABE.

M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

- ✓ 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.

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) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO 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)- 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.