

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 08/06/2022)

PCDT: DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE
CID 10: M33.0; M33.1 e M33.2.

1. Medicamentos

Azatioprina 50 mg (por comprimido);
Ciclosporina 10 mg (por cápsula);
Ciclosporina 25 mg (por cápsula);
Ciclosporina 50 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg (por cápsula);
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml);
Metotrexato 2,5 mg (por comprimido);
Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml);
Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco);
Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido).

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais

- ✓ Carteira de Identidade – RG;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ✓ Comprovante de Residência com CEP;
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico

SOLICITAÇÃO INICIAL

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Cópia de laudo oftalmológico.**

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- () **Cópia de laudo oftalmológico.**

2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL	
<p>Para Azatioprina e Imunoglobulina humana: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico (validade 11 dias) para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos;</p> <p>Para Ciclosporina: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico (validade 11 dias) para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica;</p>	<p>Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ureia sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Creatinina sérica <input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico (validade 11 dias) para mulheres em idade fértil – 10 até 49 anos; <input type="checkbox"/> Cópia de exame TGO; <input type="checkbox"/> Cópia de exame TGP; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de hemograma completo com plaquetas;</p>
<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>	
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES	
<p>Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> CPK – Creatinofosfoquinase; <input type="checkbox"/> DHL - Desidrogenase Láctica ; <input type="checkbox"/> Aldolase ; <input type="checkbox"/> ALT (TGP); <input type="checkbox"/> AST (TGO).</p> <p>Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas; <input type="checkbox"/> Ureia <input type="checkbox"/> Creatinina;</p>	<p>Para Hidroxicloroquina: <input type="checkbox"/> Exame Oftalmológico.</p> <p>Para Ciclosporina: <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Ureia</p> <p>Para Azatioprina: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas; <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina;</p>
<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>	
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p>	

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na especialidade de **Reumatologia e/ou Clínica Médica**, regularizados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 1692, de 22 de novembro de 2016 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatomiosite e Polimiosite**.

Se por algum motivo não usar o medicamento, devolva ao Núcleo de Gestão do Componente Especializado.

Para Imunoglobulina Humana: levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.