

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 14/06/2022)

**PCDT: ESPONDILITE ANCILOSANTE**  
**CID 10: M45; M46.8**

**1. Medicamentos**

Adalimumabe 40 mg/ml, seringa preenchida; Adalimumabe 40 mg/ml, frasco-ampola Certolizumabe 200mg/ml, seringa preenchida; Etanercepte 25 mg, frasco-ampola; Etanercepte (Biossimilar Bio-Manguinhos) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida; Etanercepte (Pfizer/Enbrel) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida; Golimumabe 50mg, seringa preenchida;	Infliximabe (Biossimilar A) 100 mg, frasco-ampola; Infliximabe 100 mg, frasco-ampola; Metotrexato 2,5 mg (por comprimido); Metotrexato 25mg/ml injetável (por amp.de 2 ml); Naproxeno 250 mg (por comprimido); Naproxeno 500 mg (por comprimido); Secuquinumabe 150mg/ml (por ser. preenchida); Sulfassalazina 500 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**, *descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios*;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

**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**, *descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios*;

**2.3 Exames Obrigatórios:**

**SOLICITAÇÃO INICIAL**

**Para todos os medicamentos:**

- ( ) VHS - Velocidade de Hemossedimentação;
- ( ) PCR - Proteína C Reativa;
- ( ) Exame de imagem das articulações sacroilíacas;
- ( ) Antígeno HLA-B27 (para pacientes com até 45 anos de idade).

**Para Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, e Secuquinumabe:**

- ( ) Anti - HCV;
- ( ) HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- ( ) Teste de mantoux - PPD.
- ( ) Radiografia de Tórax

**Para Sulfassalazina e Metotrexato:**

- ( ) Anti - HCV;
- ( ) HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);
- ( ) TGO;
- ( ) TGP;
- ( ) Clearance de creatinina;
- ( ) Teste de mantoux - PPD;
- ( ) Beta HCG (para mulheres em idade fértil);
- ( ) Radiografia de Tórax

**Para Naproxeno:**

- ( ) Clearance de Creatinina;
- ( ) TGO;
- ( ) TGP

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais**

**TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627**

**RENOVAÇÃO (A CADA SEIS MESES)**

- ( ) AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ( ) ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica -TGP);
- ( ) Hemograma.
- ( ) Creatinina Sérica

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

\*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**4. Para receber os medicamentos**

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

**5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
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 pela Portaria SAS/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018.

**Para Adalimumabe, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe e Secuquinumabe**

**LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.**

**Se por algum motivo não usar o medicamento,  
devolva ao CEDMEX.**