

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Artrite Psoriaca
CID10: M07.0, M07.2 e M07.3

1. Medicamentos Disponíveis:

- Adalimumabe 40 mg/ml (por seringa preenchida);
- Certolizumabe pegol 200 mg/mL (por seringa preenchida);
- Ciclosporina 25 mg, 50mg e 100mg (por comprimido);
- Ciclosporina 100mg/ml, solução oral;
- Etanercepte 25 mg e 50mg (frasco-amp ou ser preenchida);
- Golimumabe 50mg (por seringa preenchida);
- Infliximabe 10mg/ml (por frasco-ampola);
- Leflunomida 20 mg (por comprimido);
- Metotrexato 25mg/ml, (por ampola de 2 ml);
- Metotrexato 2,5 mg, (por comprimido);
- Naproxeno 250mg e 500mg (por comprimido);
- Secuquinumabe 150mg/ml (por seringa preenchida);
- Sulfassalazina 500 mg (por comprimido);
- Tofacitinibe 5mg (por comprimido)

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora + RG e CPF do representante**

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial: () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba; () Notificação de Receita , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; () Laudo Médico , descrevendo sinais e sintomas, acometimento e tratamentos prévios e seu tempo de duração; () Anexo , Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR); () 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. • Descrição clínica detalhada, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
--

1.1 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial: Para Ciclosporina: () Cópia do exame de Anti-HCV; () Cópia do exame de HBsAg; () Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD). () Cópia do exame da proteína C Reativa () Cópia do exame de VHS Para Metotrexato e Leflunomida: () Cópia do exame de Anti-HCV; () Cópia do exame de HBsAg; () Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD); () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; () Cópia do exame de TGO; () Cópia do exame de TGP; () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil); (09 a 49 anos). () Cópia do exame de Radiografia de tórax. Para Naproxeno: () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; () Cópia do exame de TGO; () Cópia do exame de TGP. Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Secuquinumabe e Tofacitinibe: () Cópia do exame de Anti-HCV; () Cópia do exame de HBsAg; () Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD); ou (IGRA) () Cópia do exame de Radiografia de tórax.
--

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

Para Sulfassalazina:

- () Cópia do exame de TGO;
- () Cópia do exame de TGP;
- () Cópia do exame de Anti-HCV;
- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD) (ou IGRA)
- () Cópia do exame de Radiografia de tórax.

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.

Renovação a cada seis meses:

- () Cópia do exame de AST (TGO);
- () Cópia do exame de ALT (TGP);
- () Cópia do exame de Hemograma com plaquetas;
- () Cópia do exame de Creatinina;
- () Cópia do exame da proteína C Reativa;
- () Cópia do exame de VHS.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem 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 à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;

5.2. 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;

5.3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 16, de 17 de novembro de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Psoriaca**.

5.4. **Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe ou Secuquinumabe:** necessário caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.5 Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**