

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;

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 () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil);
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); () 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. () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil) – Adalimumabe; Etanercepte e Secuquinumabe

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.
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil);

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

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

5. Observações:

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**.

5.6. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil. PARA: Adalimumabe; Ciclosporina; Etanercepte; Leflunomida; Metotrexato e Secuquinumabe.**

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**