

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:** Doença de Crohn

**CID-10:** K50.0 | K50.1 | K50.8

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Adalimumabe 40 mg/ml injetável (por ser. preenchida) - **PACIENTES ACIMA DE 6 ANOS**
- Azatioprina 50 mg (por comprimido)
- Certolizumabe Pegol 200mg/ml (por ser. preenchida)
- Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) - **PACIENTES ACIMA DE 6 ANOS**
- Mesalazina 400 mg, 500mg e 800mg (por comprimido);
- Metotrexato 25mg/ml (por ampola);
- Sulfassalazina 500 mg (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

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):**

**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;
- ( ) **Descrição clínica** detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamentos já utilizados pelo paciente para Doença de Crohn;
- ( ) **Índice de Harvey-Bradshaw**;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

**Para os pacientes de INFLIXIMABE:** descrever um laudo detalhado com esquema de administração;

**Para paciente que inicia o tratamento com MESALAZINA:** apresentar, obrigatoriamente, laudo médico informando a intolerância ao uso da **SULFASSALAZINA** e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso.

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

**Renovação (a cada seis meses):**

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):****Solicitação Inicial:****Para todos os medicamentos:**

( ) Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (**exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico**);

**Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol e Infliximabe:**

- ( ) Cópia do teste de Mantoux - PPD ou IGRA  
( ) Cópia do laudo do Raio X de Tórax

**Para Sulfassalazina e Mesalazina:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo  
( ) Cópia do exame qualitativo de urina (EQU ou urina tipo I)  
( ) Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica

**Para Adalimumabe, Metotrexato e Sulfassalazina:**

- ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

**Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):****Para Sulfassalazina e Mesalazina:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma completo  
( ) Cópia do exame qualitativo de urina (QUE ou urina tipo I)  
( ) Cópia do exame de dosagem de creatinina sérica

**Para Azatioprina:**

- ( ) Hemograma completo;  
( ) AST (TGO);  
( ) ALT (TGP).

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

**Para Infliximabe:**

- ( ) ALT (TGO);
- ( ) AST (TGP).

**Para Adalimumabe:**

- ( ) Hemograma completo

**Para Metotrexato:**

- ( ) Hemograma c/ plaquetas;
- ( ) TGO;
- ( ) TGP;
- ( ) Fosfatase alcalina;
- ( ) Creatinina.

**Para Adalimumabe, Metotrexato e Sulfassalazina:**

- ( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Gastroenterologista e/ou Proctologista**, 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
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

**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 pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/11/2013 e Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Crohn**.

5.4. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**. **Para Adalimumabe, Metotrexato e Sulfassalazina.**

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

5.6. **Para Infliximabe, Adalimumabe e Certolizumabe:** levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

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

**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**