

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

Para Adalimumabe, Azatioprina, 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, Azatioprina, 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, Azatioprina, 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**