

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

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

**PCDT:** Psoríase

**CID-10:** L40.0 | L40.1 | L40.4 | L40.8

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Acitretina 10 mg E 20 mg (cápsula)
- Adalimumabe 40 mg (seringa preenchida)
- Calcipotriol 50 mcg/g (pomada)
- Ciclosporina 25 mg, 50mg, 100mg e 100mg/ml (solução oral)
- Clobetasol 0,5 mg/g creme (bisnaga de 30g) e solução capilar (frasco de 50g)
- Etanercepte 25 mg e 50mg (frasco ampola) e (Biossimilar / Bio-Manguinhos) 50 mg (frasco ampola)
- Metotrexato 2,5 mg (comprimido) e 25mg/ml (ampola de 2ml)
- Risanquizumabe 150mg/ml sol. Injet. (Seringa preenchida)
- Secuquinumabe 150mg/ml (seringa preenchida)
- Ustequinumabe 45mg/0,5ml (solução injetável)

### **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;
- ( ) Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento;
- ( ) Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida;



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

( ) Anexo - índice de qualidade de vida dermatológico (preenchido pelo paciente);

( ) Descrição clínica detalhada dos sinais, 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
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida

**2.3 Exames Obrigatórios:**

**Para Solicitação Inicial:**

**Para todos os medicamentos, EXCETO CALCIPOTRIOL E CLOBETASOL:**

- ( ) Cópia do exame de Hemograma
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP)
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica
- ( ) Cópia do exame de dosagem de Gama-GT

**Para Acitretina e Metotrexato**

- ( ) Cópia do exame Beta HCG para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**

**Para Acitretina:**

- ( ) Cópia do exame de Bilirrubinas
- ( ) Cópia do exame de Colesterol Total e Frações
- ( ) Cópia do exame de Triglicerídeos
- ( ) Cópia do exame de Uréia sérica
- ( ) Cópia do exame de Glicemia

**Em crianças:**

- ( ) Cópia do laudo do Raio X de mão e punhos

**Para Ciclosporina**

- ( ) Cópia do exame de Uréia sérica
- ( ) Cópia do exame de HBsAg
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV
- ( ) Cópia do exame de HIV
- ( ) Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- ( ) Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)
- ( ) Cópia do exame de Bilirrubinas
- ( ) Cópia do exame de Colesterol Total e Frações
- ( ) Cópia do exame de Triglicerídeos
- ( ) Cópia do exame de Magnésio
- ( ) Cópia do exame de Potássio
- ( ) Cópia do exame de Sódio
- ( ) Cópia do exame de Ácido Úrico
- ( ) Cópia do laudo de Radiografia de tórax

**Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:**

- ( ) Cópia do exame de Proteína C-reativa
- ( ) Cópia do exame de HBsAg
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV
- ( ) Cópia do exame de HIV

**Para Metotrexato:**

- ( ) Cópia do exame de Uréia sérica
- ( ) Cópia do exame de HBsAg
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV
- ( ) Cópia do exame de HIV
- ( ) Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA



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

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA<br><input type="checkbox"/> Cópia do exame de sedimento urinário<br><input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax | <input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)<br><input type="checkbox"/> Cópia do exame de urinálise<br><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Albumina;<br><input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax |
| *Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 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.     |                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Para Adequação e/ou Renovação:**

**Para Acitretina:**

- ☐ Cópia do exame de AST (TGO)
- ☐ Cópia do exame de ALT (TGP)
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica
- ☐ Cópia do exame de Colesterol Total e Frações
- ☐ Cópia do exame de Triglicerídeos;
- ☐ Cópia do exame de Ureia sérica
- ☐ Cópia do exame de Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame Beta HCG para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**

**Para Ciclosporina**

- ☐ Cópia do exame de Uréia sérica;
- ☐ Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)
- ☐ Cópia do exame de Bilirrubinas
- ☐ Cópia do exame de Colesterol Total e Frações
- ☐ Cópia do exame de Triglicerídeos
- ☐ Cópia do exame de Magnésio
- ☐ Cópia do exame de Potássio
- ☐ Cópia do exame de Sódio
- ☐ Cópia do exame de Ácido Úrico

**Para Adalimumabe, Etanercepte,  
Risankizumabe, Secuquinumabe e  
Ustequinumabe:**

- ☐ Cópia do exame AST (TGO)
- ☐ Cópia do exame ALT (TGP)
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica
- ☐ Cópia do exame de Proteína C-reativa
- ☐ Cópia do exame de Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame de sedimento urinário

**Para Metotrexato:**

- ☐ Cópia do exame de Aspartato aminotransferase - AST (TGO)
- ☐ Cópia do exame de Alanina aminotransferase - ALT (TGP)
- ☐ Cópia do exame de Creatinina sérica
- ☐ Cópia do exame de Ureia sérica
- ☐ Cópia do exame de Hemograma completo
- ☐ Cópia do exame Beta HCG para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na **Especialidade apenas para medicamentos de ação sistêmica deverão ser prescritos pelo Dermatologista** e estejam 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.



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

**5. Observações:**

5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar 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 pela Portaria conjunta Nº 18, de 14 de outubro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Psoríase**;

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

5.6. Para os medicamentos Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe, Ustequinumabe: levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.7. O exame Beta HCG deve ser apresentado mensalmente para pacientes do sexo feminino em idade fértil (9 a 49 anos) para os medicamentos: Acitretina e Metotrexato.

**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**