

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(última atualização: 09/06/2022)

PCDT: DOENÇA DE CROHN
CID 10: K50.0; K50.1; K50.8

1. Medicamentos

Adalimumabe 40 mg/ml sol. injetável (frasco ampola) Adalimumabe 40 mg/ml injetável (por ser. preenchida) Azatioprina 50 mg (por comprimido) Certolizumabe Pegol 200mg/ml (por ser. preenchida) Infliximabe (Biossimilar A) 10 mg/ml injetável (frasco-ampola 10 ml) Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml)	Mesalazina 400 mg (por comprimido) Mesalazina 500 mg (por comprimido); Mesalazina 800 mg (por comprimido); Metilprednisolona 500 mg injetável (por ampola) Metotrexato 25mg/ml (por ampola) Sulfassalazina 500 mg (por comprimido).
---	--

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais:

<ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).
--

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:

<p>SOLICITAÇÃO INICIAL</p> <p>() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamentos já utilizados pelo paciente para Doença de Crohn;</p> <p>() Índice de Harvey-Bradshaw;</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p>Para os pacientes de INFLIXIMABE: descrever um laudo detalhado com esquema de administração;</p> <p>Para paciente que inicia o tratamento 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.</p>
--

<p>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES</p> <p>() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Em caso de alteração de dosagem, apresentar justificativa médica.</p>

2.3 Exames Obrigatórios:

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 Infiximabe: () Cópia do teste de Mantoux - PPD; () Cópia do laudo do Raio X de Tórax Para Metotrexato: () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;	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
O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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	
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).	Para Infiximabe: () ALT (TGO); () AST (TGP). Para Adalimumabe: () Hemograma completo Para Metotrexato: () Hemograma c/ plaquetas; () TGO; () TGP; () Fosfatase alcalina; () Creatinina.

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, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
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;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/11/2013 e SAS/MS nº. 858, de 11/2002 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Doença de Crohn**.

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.



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

WWW.PARAIBA.PB.GOV.BR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais

TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

**SE POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVA-O À FARMÁCIA
DO SUS.**