

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
(Última revisão: 16/06/2022)

PCDT: RETOCOLITE ULCERATIVA

1. Medicamentos

Azatioprina 50 mg (por comprimido); Ciclosporina 10 mg (por cápsula); Ciclosporina 25 mg (por cápsula); Ciclosporina 50 mg (por cápsula); Ciclosporina 100 mg (por cápsula); Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml); Mesalazina 1 g + diluente 100 ml (enema); Mesalazina 1000 mg (por supositório); Mesalazina 250 mg (por supositório); Mesalazina 3 g + diluente 100 ml (enema); Mesalazina 400 mg (por comprimido); Mesalazina 500 mg (por comprimido); Mesalazina 500 mg (por supositório); Mesalazina 800 mg (por comprimido). Sulfassalazina 500 mg (por comprimido); - CID 10: K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K52.2 Infliximabe 10 mg/mL Injetável (por frasco ampola com 10 mL); - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8 Infliximabe (Biossimilar A) 10 mg/mL Injetável (por frasco ampola com 10 mL); - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8 Tofacitinibe 5mg (por comprimido) - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8 Vedolizumabe 300mg (solução injetável) <b>pacientes maiores de 18 anos</b> ; - CID 10: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5 e K51.8	CID 10: K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5;
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais;

- ✓ 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 deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;

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;
- ( ) **Laudo médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

OBS: Para pacientes que inicia o tratamento da **Retocolite Ulcerativa** com **MESALAZINA**, deverá apresentar obrigatoriamente um laudo medico informando a **intolerância ao uso da SULFASSALAZINA e que tenha apresentado algum efeito adverso grave e qual foi o efeito adverso**.

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;
- ( ) **Laudo médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e região acometida pela doença;

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais**  
**TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627**

### 2.3 Exames Obrigatórios;

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	
<p><b>Para todos os medicamentos:</b> ( ) Cópia do exame de Hemograma completo; ( ) Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica. ( ) Cópia da biópsia (anatomopatológico)</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> ( ) Cópia do exame de Creatinina sérica; ( ) Cópia do exame de Ácido Úrico; ( ) Cópia do exame de Potássio sérico; ( ) Cópia do exame de Magnésio sérico; ( ) Cópia do exame de Lipidograma.</p> <p><b>Para Tofacitinibe</b> ( ) Cópia do Teste de Mantoux - PPD; ( ) Cópia do exame de Radiografia de tórax.</p>	<p><b>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</b> ( ) Cópia do exame de Creatinina Sérica; ( ) Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU).</p> <p><b>Para Azatioprina:</b> ( ) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT ( TGP); ( ) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);</p> <p><b>Para Infliximabe e Vedolizumabe:</b> ( ) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT ( TGP); ( ) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO); ( ) Cópia do Teste de Mantoux - PPD; ( ) Cópia do exame de Radiografia de tórax.</p>
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.	

<b>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES</b>	
<p><b>Para Sulfasalazina e Mesalazina:</b> ( ) Cópia do exame de Hemograma completo; ( ) Cópia do exame de Creatinina sérica; ( ) Sumário de urina = EQU.= EAS</p> <p><b>Para Infliximabe e Vedolizumabe:</b> ( ) Cópia do exame de Hemograma completo ( ) Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT ( TGP); ( ) Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);</p>	<p><b>Para Azatioprina:</b> ( ) Cópia do exame de Hemograma completo; ( ) Cópia do exame de dosagem de ALT ( TGP); ( ) Cópia do exame de dosagem de AST (TGO);</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> ( ) Cópia do exame de Hemograma completo; ( ) Cópia do exame de Creatinina sérica; ( ) Cópia do exame de Ácido Úrico; ( ) Cópia do exame de Potássio sérico; ( ) Cópia do exame de Magnésio sérico; ( ) Cópia do exame de Lipidograma.</p>

### 3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do <b>SUS</b> ou da <b>Rede Privada</b> que atendam na <b>especialidade de Gastroenterologista e/ou Proctologista</b> , 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 e Cartão do Usuário.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5. Observações:

<ol style="list-style-type: none"><li>1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;</li><li>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;</li><li>3. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 22, de 20 de dezembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da <b>Retocolite Ulcerativa</b>.</li></ol>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SE POR ALGUM MOTIVO NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVA AO CEDMEX.**