

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: Artrite Reumatóide

CID-10: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- **Abatacepte 125 mg** injetável (seringa preenchida)
- **Abatacepte 250 mg** injetável (por frasco ampola) **Adalimumabe 40 mg** injet. (por seringa preenchida)
- **Azatioprina 50 mg** (por comprimido)
- **Baricitinibe 2 mg** (por comprimido)
- **Baricitinibe 4 mg** (por comprimido)
- **Certolizumabe pegol 200mg/ml** injetável (por seringa preenchida)
- **Ciclosporina 25 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 50 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 100 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 100 mg/ml** sol. oral (frasco de 50 ml)
- **Cloroquina 150 mg** (por comprimido)
- **Etanercepte 25 mg** injetável (por frasco-ampola)
- **Etanercepte 50 mg** (Biossimilar Bio-Manguinhos) injetável (por frasco-ampola)
- **Etanercepte 50 mg** (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola)
- **Golimumabe 50 mg** injetável (por seringa preenchida)
- **Hidroxicloroquina 400 mg** (por comprimido)
- **Infliximabe 10mg/ml** injet. (frasco ampola 10 ml)
- **Leflunomida 20 mg** (por comprimido)
- **Metotrexato 2,5 mg** (por comprimido)
- **Metotrexato 25 mg/ml** injetável (por ampola de 2 ml)
- **Naproxeno 250 mg** (por comprimido)
- **Naproxeno 500 mg** (por comprimido)
- **Rituximabe 500 mg** (ROCHE/MABTHERA®) injetável (por frasco ampola de 4 ml)
- **Rituximabe 500 mg** (Biossimilar Bio-Manguinhos/ RIXYMIO®) injet. (frasco ampola de 4 ml)
- **Sulfasalazina 500 mg** (por comprimido)
- **Tocilizumabe 20 mg/ml** injet. (frasco ampola 4 ml)
- **Tofacitinibe 5 mg** (por comprimido).
- **Upadacitinibe 15mg** (por comprimido de liberação prolongada)



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

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;
() Laudo , contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;
() ICAD;
() Avaliação de Capacidade funcional;
() ACR/EULAR;

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.
● Descrição clínica detalhada , contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para Solicitação Inicial:
Parar todos os medicamentos:
() Cópia do exame de TGO
() Cópia do exame de TGP
() Cópia do Hemograma completo.
Para Abatacepte e Sulfassalazina



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

- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de anti-HCV;
- () Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA

Para Metotrexato e Leflunomida

- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de anti-HCV;
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil **(9 a 49 anos)**)
- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
- () Cópia do Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA

Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Ciclosporina, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe.

- () Cópia do laudo de Rx de tórax;
- () Cópia do exame de HBsAg;
- () Cópia do exame de anti-HCV;
- () Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- () Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil **(9 a 49 anos)**);

Para Naproxeno:

- () Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- () Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).

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.

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

Renovação a cada seis meses:**Leflunomida, Sulfassalazina e Naproxeno:**

- () AST (TGO);
- () ALT (TGP);
- () Hemograma;
- () Creatinina;

Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Certolizumabe, Cloroquina, Etanercepte, Golimumabe, Hidroxicloroquina, Infliximabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:

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

Para Tocilizumabe:

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



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

- Colesterol
- HDL
- LDL
- Triglicerídeos
- Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil **(9 a 49 anos)**)

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade de Reumatologia**, 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

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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 16 de 03 de setembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Reumatóide**.

5.4. **Para Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe e Upadacitinibe:** necessário caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.5. Cópia do exame de Beta HCG (para mulheres em idade fértil **(9 a 49 anos)**) - mensalmente. Para: **Metotrexato, Leflunomida e Tocilizumabe.**

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

6. Atenção à Validade dos Exames:



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

- 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**

Rua Borja Peregrino, 181 - Torre, João Pessoa - PB, 58040-050