

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 31/07/2024)**PCDT: PSORÍASE****CID 10: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8****1. Medicamentos:**

Acitretina 10 mg, cápsula; Acitretina 25 mg, cápsula; Adalimumabe 40 mg (seringa preenchida) Calcipotriol 50 mcg/g (pomada); Ciclosporina 25 mg, cápsula; Ciclosporina 50 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg, cápsula; Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral; Clobetasol 0,5 mg/g creme (bisnaga de 30g); Clobetasol 0,5 mg/g solução capilar (fr de 50g) Etanercepte 25 mg, frasco ampola;	Etanercepte (Biossimilar / Bio-Manguinhos) 50 mg, fr.ampola Etanercepte 50 mg, frasco ampola; Metotrexato 2,5 mg, comprimido; Metotrexato 25mg/ml (ampola de 2ml); Risanquizumabe 90mg/ml sol. Injet. (seringa preenchida) Secuquinumabe 150mg/ml, seringa preenchida; Ustequinumabe 45mg/0,5ml (solução injetável).
--	--

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais:**

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

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b> ( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; ( ) <b>Receita Médica devidamente preenchida</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; ( ) <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida; ( ) <b>Anexo</b> - índice de qualidade de vida dermatológico (preenchido pelo paciente); ( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> .
--

<b>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO</b> ( ) LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; ( ) <b>Receita Médica devidamente preenchida</b> , com posologia para 1 (um) mês de tratamento; ( ) <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente, diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida;
--

**2.3 Exames Obrigatórios:**



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	
<p><b>Para todos os medicamentos, EXCETO CALCIPOTRIOL E CLOBETASOL:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (TGO);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (TGP);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Fosfatase alcalina sérica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de dosagem de Gama-GT;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil, <b>apresentar mensalmente.</b></p>	
<p><b>Para Acitretina:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Glicemia</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Em crianças:</b> Cópia do laudo do Raio X de mão e punhos</p>	<p><b>Para Ciclosporina</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Bilirrubinas;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol Total e Frações;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Magnésio;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Potássio;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Sódio;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Ácido Úrico;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax.</p>
<p><b>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquizumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Proteína C-reativa;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de sedimento urinário;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax.</p>	<p><b>Para Metotrexato:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Uréia sérica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HBsAg;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de anti-HCV;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HIV;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do teste de Mantoux (PPD);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de urinálise;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Albumina;</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do laudo de Radiografia de tórax</p>
<p>*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p> <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.</p>	

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, 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



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS, Cartão do Usuário e receita médica devidamente preenchida.

#### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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 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**.

## Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 6 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

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

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**