

Elaboração: 2016	Última revisão: 18/02/2020	Próxima Revisão: 02/2022	Revisão: 4
ARTRITE REUMATÓIDE CID 10: M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8 CID SECUNDÁRIO: J84.1* Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 16 - 05/11/2019			

Informações Gerais Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.
--

Medicamentos CEAF	
Medicamentos DMARDS não Biológicos <i>* CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8</i> Leflunomida 20 mg, comprimido Metotrexato 2,5 mg, comprimido Sulfassalazina 500 mg, comprimido Cloroquina 150 mg, comprimido Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido <i>* todos os CIDs</i> Tofacitinibe: comprimidos de 5 mg Medicamentos imunossupressores <i>* CIDs: M05.1, M05.2</i> Azatioprina 50 mg, comprimido Ciclosporina 25, 50 ou 10 mg, comprimido Ciclosporina 100 mg/mL, solução oral <i>* CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8</i> Ciclofosfamida 200 ou 1000 mg, frasco ampola	Medicamentos DMARDS Biológicos <i>* CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8</i> Certolizumabe pegol 200 mg, seringa preenchida Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida Etanercepte 25 ou 50 mg, frasco-ampola Golimumabe 50 mg, seringa preenchida Rituximabe 500 mg, frasco-ampola (infusão) Tocilizumabe 80 mg, frasco-ampola (infusão) Abatacepte 125 mg, seringa preenchida Abatacepte 250 mg, frasco-ampola (infusão) Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão) <i>* todos os CIDs</i> Citrato de Tofacitinibe: comprimidos de 5 mg AINES <i>* CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8</i> Naproxeno 250 ou 500 mg, comprimido

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
☐ Carteira de identidade com foto (RG) ☐ Cadastro de Pessoa Física (CPF) ☐ Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) ☐ Cartão Nacional de Saúde (CNS) ☐ Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
☒ Solicitação inicial ☐ LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ☐ Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; ☐ Laudo Médico (Formulário Específico em anexo) ☐ Termo de Esclarecimento e Responsabilidade ☐ *CID Secundário J84.1 – Laudo anexo preenchido por Pneumologista dos Centros de Referência em DIP – Doença Intersticial Pulmonar	☒ Renovação a cada 6 (seis) meses ☐ LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ☐ Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. ☐ Laudo Médico, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento. NESTE CASO, são necessários somente os exames de renovação.

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
Para todos: ☐ Creatinina ☐ AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) ☐ ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) ☐ Hemograma; Para Azatioprina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina, Cloroquina, Leflunomida, Sulfassalazina, Ciclofosfamida e Metotrexato: ☐ Velocidade de Hemossedimentação – VSH OU Proteína C Reativa – PCR; ☐ Fator Reumatóide (Látex) (não tem validade de prazo); ☐ Radiografia de articulação acometida (laudo) OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética (não tem validade de prazo) ☐ Radiografia simples de tórax (laudo) OU Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano); ☐ Exame oftalmológico (apenas para cloroquina e hidroxicloroquina). ☐ Sorologias para HBV, HCV (validade de até um ano) (apenas Azatioprina e Ciclosporina); Para DMARDS Biológicos ☐ Velocidade de Hemossedimentação – VSH OU Proteína C Reativa – PCR; ☐ Fator Reumatóide (Látex) (não tem validade de prazo); ☐ Radiografia de articulação acometida (laudo) (não tem validade de prazo); ☐ Radiografia simples de tórax (laudo) ou Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano); ☐ PPD (mantoux) (validade de até um ano); ☐ Sorologias para HBV, HCV (validade de até um ano); ☐ Colesterol total (apenas para tocilizumabe); ☐ HDL e LDL (apenas para tocilizumabe); ☐ Triglicerídeos (apenas para tocilizumabe); ☐ Dosagem IgG sérica (apenas para rituximabe).	Para todos: ☐ Creatinina ☐ AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) ☐ ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) ☐ Hemograma; DMARDS Biológicos: ☐ Colesterol Total ☐ HDL e LDL ☐ Triglicerídeos ☐ Dosagem IgG sérica Para Hidroxicloroquina e Cloroquina, também: ☐ Exame oftalmológico (a cada 5 anos apenas para cloroquina e hidroxicloroquina ou anualmente se houver fator de risco).
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.	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade REUMATOLOGISTA correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A solicitação de medicamentos de infusão deverá ser do Serviço de Referência/Polo de Aplicação .

Para Pacientes com CID secundário J84.1 – Serviços de Referência: IMIP, HUOC, HOF, HC (ESPECIALIDADE PNEMOLOGIA).

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
2. Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.
3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento. A entrega de medicamentos de infusão deverá ser no Serviço de referência/Polo de Aplicação.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

LAUDO MÉDICO (ARTRITE REUMATOIDE)

CID 10: M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0

Nome: _____ Idade: _____

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO (obrigatório para todos os medicamentos)	
() ARTRITE REUMATOIDE (1987)	() ARTRITE REUMATOIDE INICIAL (2012)
CID:	CID:
☐ Rigidez matinal > 1 hora ☐ Artrite de mãos e punhos ☐ Artrite de 3 ou + juntas ☐ Artrite simétrica ☐ Nódulos reumatóides ☐ Fator reumatóide positivo ☐ Osteopenia/Erosões	☐ 1 grande – 0 ponto ☐ 2-10 grandes – 1 ponto ☐ 1-3 pequenas – 2 pontos ☐ 4-10 pequenas – 3 pontos ☐ > 10 articulações (pelo menos uma pequena) – 5 pontos ☐ FR ou anti-CCP baixos títulos – 2 pontos ☐ FR ou anti-CCP altos títulos – 3 pontos ☐ PCR ou VSH elevados – 1 ponto Duração ≥ 6 semanas – 1 ponto
ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA - CDAI (obrigatório para todos os medicamentos)	
1. Nº articulações dolorosas (0-28)	
2. Nº articulações edemaciadas (0-28)	
3. Avaliação da doença pelo paciente (VASp 0 a 10 mm)	
4. Avaliação da doença pelo médico (VASm 0 a 10 mm)	
VALOR TOTAL (1+2+3+4)	

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)					
	Dose	Tempo		Dose	Tempo
Anti-inflamatórios não hormonais	não precisa		MMCD biológico		
Corticosteróide. Qual?			☐ Certolizumabe pegol		
			☐ Infliximabe		
			☐ Etanercepte		
MMCD sintético			☐ Adalimumabe		
☐ Metotrexato			☐ Golimumabe		
☐ Leflunomida			☐ Abatacepte		
☐ Antimaláricos			☐ Tofacitinibe		
☐ Sulfassalazina			☐ Rituximabe		
			☐ Tocilizumabe		

EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS (exceto naproxeno):	EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA MMCD BIOLÓGICOS
☐ Hemograma (<i>validade 3 meses</i>)	☐ PPD (Mantoux) (<i>validade até 1 ano</i>)
☐ VSH e/ou PCR (<i>validade 3 meses</i>)	☐ HBsAg, Anti-HBs (<i>validade até 1 ano</i>)
☐ TGO (AST) (<i>validade 3 meses</i>)	☐ Anti-HCV (<i>validade até 1 ano</i>)
☐ TGO (ALT) (<i>validade 3 meses</i>)	☐ Anti-HIV (<i>validade até 1 ano</i>)
☐ Creatinina (<i>validade 3 meses</i>)	☐ Dosagem de IgG sérica (<i>apenas para RITUXIMABE</i>) (<i>validade 3 meses</i>)
☐ Fator reumatoide (<i>apenas para ARTRITE REUMATOIDE</i>) (<i>não tem prazo de validade</i>)	☐ Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos (<i>apenas para TOCILIZUMABE</i>) (<i>validade 3 meses</i>)
☐ RX de tórax OU tomografia de tórax: (<i>Val. de até 1 ano</i>)	
☐ RX simples da articulação acometida OU Ultrassonografia OU Ressonância magnética (<i>não tem prazo de validade</i>)	

INICIADO PROFILAXIA PARA TUBERCULOSE LATENTE? (caso afirmativo, anexe a receita comprobatória)

() NÃO () SIM Data: _____

Médico solicitante (data, carimbo e assinatura)

ANEXO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL
(CID 10 SECUNDÁRIO: J84.1 – Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose)

Nome: _____

Unidade Prescritora: () HGOF () HUOC () HC/UFPE () IMIP

MEDICAMENTOS PRÉVIOS	DOSE	TEMPO DE USO	MOTIVO DA INTERRUPÇÃO
() Leflunomida			() Falha () Evento adverso
() Metotrexato			() Falha () Evento adverso
() Azatioprina			() Falha () Evento adverso
() Ciclofosfamida			() Falha () Evento adverso
() Micofenolato de mofetila			() Falha () Evento adverso
() Abatacepte			() Falha () Evento adverso
() Rituximabe			() Falha () Evento adverso
() Tofacitinibe			() Falha () Evento adverso
() Tocilizumabe			() Falha () Evento adverso
()			() Falha () Evento adverso

MEDICAMENTO ESCOLHIDO:

() Metotrexato () Leflunomida () Azatioprina () Ciclofosfamida () Metotrexato
() Ciclosporina () Sulfassalazina () tofacitinibe () _____

DOSE:

QUEIXAS CLÍNICAS*:

() Assintomático () Dispnéia () Tosse () Expectoração

ESPIROMETRIA*: (Data ____/____/____)

() Normal () Padrão Restritivo () Obstrutivo () Misto CVF: _____% () Não realizado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX*: (Data ____/____/____)

() Reticulações () Espessamento septal () Cistos não enfisematosos () Bronquiectasias de tração
() Vidro fosco () Faveolamento () Nódulos centrolobulares () Mosaico

Conclusão:

() PIU () PINE () PIL () PO () Bronquiolite () Descamativa () Não-classificável

BIOPSIA PULMONAR: (Data ____/____/____)

Conclusão:

Nota: dados com asterisco são obrigatórios na solicitação

Médico solicitante(data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

NAPROXENO, CLOROQUINA, HIDROXICLOROQUINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, LEFLUNOMIDA, CICLOFOSFAMIDA, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, GOLIMUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE, TOFACITINIBE E TOCILIZUMABE.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de naproxeno, cloroquina, hidroxicloroquina, sulfassalazina, metotrexato, azatioprina, ciclosporina, leflunomida, metilprednisolona, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe, golimumabe, abatcepte, rituximabe e tocilizumabe, indicados para o tratamento da artrite reumatoide.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável): infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe pegol e sulfassalazina (no primeiro trimestre);
- medicamentos classificados na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): cloroquina, hidroxicloroquina, ciclosporina, metilprednisolona, abatcepte, rituximabe, tocilizumabe e naproxeno (este último, nos primeiro e segundo trimestres de gestação).
- medicamento classificado na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos) sulfassalazina (no terceiro trimestre de gestação) e azatioprina. Naproxeno e demais antiinflamatórios não esteroidais também se apresentam nesta categoria quando utilizados no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto.
- medicamentos classificados na gestação como categoria X (estudos em animais ou em humanos claramente mostraram risco para o bebê que suplantam quaisquer potenciais benefícios, sendo contraindicados na gestação): leflunomida e metotrexato;
- efeitos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispnéia, náuseas, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaquecas, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura;
- efeitos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- efeitos adversos de cloroquina e hidroxicloroquina: distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, escotomas, diminuição da acuidade visual e nistagmo; outras reações: problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náuseas, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, diarreia, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), parada na produção de células brancas pela medula óssea (agranulocitose), diminuição de células brancas do sangue e de plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise); reações raras: miopatia, paralisia, zumbido e surdez;
- efeitos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada à tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;
- efeitos adversos da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídeos, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia;

- efeitos adversos tofacitinibe: reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes zoster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídios);
- efeitos adversos do metotrexato: convulsões, encefalopatia, febre, calafrios, sonolência, queda de cabelo, espinhas, furúnculos, alergias de pele leves a graves, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele e de mucosas, náuseas, vômitos, perda de apetite, inflamação da boca, úlceras de trato gastrointestinal, hepatite, cirrose e necrose hepática, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, insuficiência renal, fibrose pulmonar e diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;
- efeitos adversos da leflunomida: pressão alta, dor no peito, palpitações, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, varizes, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, gastroenterite, dor abdominal, azia, gases, ulcerações na boca, pedra na vesícula, prisão de ventre, desconforto abdominal, sangramento nas fezes, candidíase oral, aumento das glândulas salivares, boca seca, alterações dentárias, distúrbios do paladar, infecções do trato geniturinário, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, febre, sonolência, distúrbios do sono, formigamentos, alteração da cor e queda de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabetes melito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, distúrbios menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;
- efeitos adversos de adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe pegol e golimumabe: reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náuseas, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmoses, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;
- efeitos adversos de abatacepte e rituximabe: reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjôos e risco aumentado a uma variedade de infecções, como herpes-zóster, infecção urinária, gripe, pneumonia, bronquite e infecção localizada. A tuberculose pode ser reativada ou iniciada com o uso do medicamento e aumento de risco para alguns tipos de câncer (abatacepte). O vírus da hepatite B pode ser reativado (rituximabe);
- efeitos adversos do tocilizumabe: reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, falta de ar, feridas na boca, aftas, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes simples e herpes-zóster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídeos);
- alguns medicamentos biológicos aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada antes do início do tratamento pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para tratamento apropriado;
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula;
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a) inclusive em caso de desistir da usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|
| () naproxeno | () cloroquina | () hidroxicloroquina |
| () sulfassalazina | () metotrexato | () azatioprina |
| () ciclosporina | () leflunomida | () ciclofosfamida |
| () adalimumabe | () certolizumabe pegol | () etanercepte |
| () infliximabe | () golimumabe | () abatacepte |
| () rituximabe | () tocilizumabe | () tofacitinibe |

Local:	Data:
Nome do Paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou responsável legal	
Nome do Médico:	CRM: UF:
Assinatura e carimbo médico	
Data:	

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5- Peso do paciente*

kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente*

cm

7- Medicamento(s)*

8- Quantidade solicitada*

1º mês

2º mês

3º mês

4º mês

5º mês

6º mês

1

2

3

4

5

6

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO

☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação*

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: _____ e CPF _____

☐ Branca

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Amarela

☐ Preta

☐ Indígena. Informar Etnia: _____

☐ Parda

☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 2*				
Nome Completo:				
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 3*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ____ / ____ /20__ Assinatura do paciente: _____

Campo para digital