

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)
CID: M05.1,M05.2
Produto: CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de anti-HCV	Sim	Sim
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim
Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica	Sim	Sim
Cópia do exame de HBsAg	Sim	Sim
Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, os tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas. Além disso, informar se o paciente apresenta uma das seguintes situações: a) tuberculose sem tratamento; b) infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; c) infecção fungica ameaçadora a vida; d) infecção por herpes zoster ativa; e) amamentação; f) hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

Exames

Cópia do exame de anti-CCP
Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa
Cópia do exame de Fator Reumatóide
Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)
Cópia do laudo de Ressonância magnética
Cópia do laudo de Rx
Cópia do laudo de Rx de tórax (facultativo)

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: ARTRITE REUMATOIDE (EXCETO JUVENIL)

CID: M05.1,M05.2

Produto:

Exames

Cópia do laudo de Ultrassonografia

Cópia do teste de Mantoux (facultativo)

Documentos

Descrição de um índice combinado de atividade de doença (ICAD): a) DAS 28 (Disease Activity Score 28); b) índice simplificado de atividade de doença SDAI (Simplified Disease Activity Index); c) índice clínico de atividade de doença CDAI (Clinical Disease Activity Index)

Relatório médico consubstanciado que informe as contraindicações ao uso do medicamento prioritário conforme a abordagem de custo-minimização (adalimumabe, certolizumabe e infliximabe) ou que apresente ocorrência de eventos adversos ou de não resposta terapêutica adequada, ou ainda descrevendo as especificidades clínicas ou farmacológicas que tornem outras opções terapêuticas (com exceção de adalimumabe, certolizumabe e infliximabe) preferíveis

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER