



apresenta

Fórum de discussão DIAF:

Artrites e Lúpus Eritematoso Sistêmico: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Fluxo no CEAF

Giselly Patel Schuch

Farmacêutica – DIAF/SUV/SES/SC

Karine Cachoeira Rodrigues

Farmacêutica – DIAF/SUV/SES/SC

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Artrite Reumatoide

Portaria SAS/MS nº 15/2017

Artrite Psoríaca

Portaria SAS/MS nº 6/2017

Espondilite Ancilosante

Portaria SAS/MS nº 7/2017

Medicamentos disponíveis pelo CEAf

Artrite Reumatoide

CID-10

M05.0, M05.3,
M05.8, M06.0,
M06.8, M08.0

Naproxeno

Sulfassalazina

Hidroxicloroquina

Cloroquina

Metotrexato

Leflunomida

Adalimumabe

Infliximabe

Etanercepte

Tocilizumabe

Abatacepte 250 mg

CID-10

M05.0, M05.3,
M05.8, M06.0,
M06.8

Certolizumabe pegol

Golimumabe

Abatacepte 125mg

Rituximabe

CID-10

M05.1, M05.2,
M08.0

Azatioprina

Ciclosporina

CID-10

M05.0, M05.1,
M05.2, M05.3,
M05.8, M06.0,
M06.8

Tofacitinibe (NOVO)

Medicamentos disponíveis pelo CEAF

Artrite Psoríaca

CID-10
M07.0, M07.3

Sulfassalazina
Metotrexato
Naproxeno
Leflunomida
Ciclosporina
Infliximabe
Adalimumabe
Etanercepte
Golimumabe

Espondilite Anquilosante

CID-10
M45, M46.8

Sulfassalazina
Metotrexato
Naproxeno
Infliximabe
Adalimumabe
Etanercepte
Golimumabe

Anexos Obrigatórios

- De acordo com o medicamento solicitado.
- Consultar o resumo da DIAF e a Nota Técnica DIAF/SUV/SES/SC nº 4/2018 - www.saude.sc.gov.br.
- Enviar **apenas** os documentos obrigatórios:
 - LME
 - TER
 - Receita médica
 - **Formulário médico**
 - **Exames**
 - **Avaliação oftalmológica (hidroxicloroquina e cloroquina)**

Anexos obrigatórios

- LME

Meior visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

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*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

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* _____ Hoje

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

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

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

Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: _____ Parda Sem informação _____

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____ CPF ou CNS _____

22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

23- Correio eletrônico do paciente _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Anexos obrigatórios

- TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

IBUPROFENO, NAPROXENO, CLOROQUINA, HIDROXICLOROQUINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA, LEFLUNOMIDA, METILPREDNISOLONA, PREDNISONA, PRESNISONA, ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, GOLIMUMABE, ABATACEPTE, RITUXIMABE ,TOCILIZUMABE E TOFACITINIBE

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, abatacepte, rituximabe e tocilizumabe, indicados para o tratamento de artrite reumatoide.

Anexos obrigatórios

- TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Ibuprofeno, naproxeno, prednisona, ciclosporina, sulfassalazina, metotrexato, leflunomida, ciclosporina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe.

Eu, _____ [nome do(a) paciente], declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ibuprofeno, naproxeno, prednisona, sulfassalazina, metotrexato, leflunomida, ciclosporina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe**, indicados para o tratamento da **artrite psoriaca**.

Anexos obrigatórios

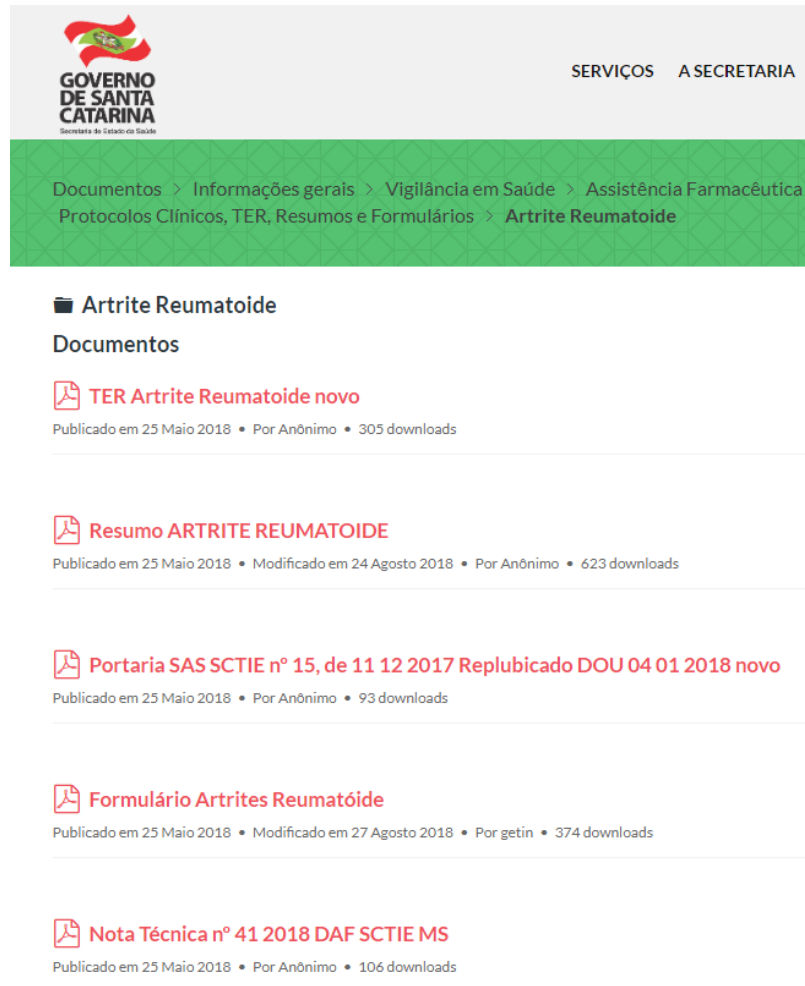
- TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

IBUPROFENO, NAPROXENO, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE,
GOLIMUMABE E INFLIXIMABE.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ibuprofeno, naproxeno, sulfassalazina, metotrexato, adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe**, indicados para o tratamento da **espondilite ancilósante**.

Anexos obrigatórios - Formulário médico








GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado de Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA

Documentos > Informações gerais > Vigilância em Saúde > Assistência Farmacêutica > Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários > **Artrite Reumatoide**

Artrite Reumatoide

Documentos

-  **TER Artrite Reumatoide novo**
Publicado em 25 Maio 2018 • Por Anônimo • 305 downloads
-  **Resumo ARTRITE REUMATOIDE**
Publicado em 25 Maio 2018 • Modificado em 24 Agosto 2018 • Por Anônimo • 623 downloads
-  **Portaria SAS SCTIE nº 15, de 11 12 2017 Republicado DOU 04 01 2018 novo**
Publicado em 25 Maio 2018 • Por Anônimo • 93 downloads
-  **Formulário Artrites Reumatóide**
Publicado em 25 Maio 2018 • Modificado em 27 Agosto 2018 • Por getin • 374 downloads
-  **Nota Técnica nº 41 2018 DAF SCTIE MS**
Publicado em 25 Maio 2018 • Por Anônimo • 106 downloads



Anexos obrigatórios

- Formulário médico

- **Artrite Reumatoide**

- O tratamento segue o **escalonamento** conforme:

- Portaria SAS/SCTIE nº 15 – 11/12/2017.

- Nota Técnica DAF/SCTIE/MS nº 41/2018.

→ O médico deve **justificar** a impossibilidade da prescrição de **Adalimumabe**, **Certolizumabe** ou **Infliximabe** nas 2º e 3º etapas do tratamento por meio de um **relato substanciado** no formulário.

→ Essas justificativas são enviadas ao Ministério da Saúde.

Anexos obrigatórios - Formulário médico

 FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS REUMÁTICAS 
Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente <u>não</u> apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.
ARTRITE REUMATOIDE Portaria SAS/MS nº 15 – 11/12/2017 e Nota Técnica DAF/SCTIE/MS nº 41/2018
<p>- Uso prévio de (preenchimento obrigatório): AINES () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____ MMCDs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____</p> <p>- Articulações acometidas (preenchimento obrigatório): _____</p> <p>- Critérios de inclusão: () Rigidez matinal nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração. () Artrite de 3 ou mais áreas. () Artrite de mãos. () Artrite simétrica. () Nódulo reumatoide. () Fator reumatoide positivo ou Anti-CCP positivo (quando assinalado, anexar exame). () Alterações radiográficas.</p> <p>- Casos Especiais: () Doença reumatoide pulmonar () Vasculite reumatoide () Artrite Reumatoide Juvenil - ARJ</p> <p>- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____</p>
Para solicitação de MMCDs biológicos, indicar o estágio do tratamento (preenchimento obrigatório): () Novo (nunca utilizou MMCD biológico). () 1ª falha com MMCDs biológicos. () 2ª falha com MMCDs biológicos.
Justificativa da impossibilidade da prescrição de Adalimumabe, Certolizumabe ou Infliximabe nas 2ª e 3ª etapas do tratamento (preenchimento obrigatório): () Contraindicação. () Eventos adversos. () Falha terapêutica. () Especificidades clínicas. () Especificidades farmacológicas.
Relato médico consubstanciado segundo Nota Técnica DAF/SCTIE/MS nº 41/2018 (preenchimento obrigatório): _____ _____ _____ _____

Anexos obrigatórios - Formulário médico

Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente _____
não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

ARTRITE REUMATOIDE

Portaria SAS/MS nº 15 – 11/12/2017 e Nota Técnica DAF/SCTIE/MS nº 41/2018

- Uso prévio de **(preenchimento obrigatório):**

AINEs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

MMCDs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

- Articulações acometidas **(preenchimento obrigatório):** _____

- **Critérios de inclusão:**

() Rigidez matinal nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração.

() Artrite de 3 ou mais áreas.

() Artrite de mãos.

() Artrite simétrica.

() Nódulo reumatoide.

() Fator reumatoide positivo ou Anti-CCP positivo (quando assinalado, **anexar exame**).

() Alterações radiográficas.

- **Casos Especiais:**

() Doença reumatoide pulmonar () Vasculite reumatoide () Artrite Reumatoide Juvenil - ARJ

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____

Anexos obrigatórios - Formulário médico

Para solicitação de MMCDs biológicos, indicar o estágio do tratamento (preenchimento obrigatório):

- () Novo (nunca utilizou MMCD biológico).
- () 1ª falha com MMCDs biológicos.
- () 2ª falha com MMCDs biológicos.

Justificativa da impossibilidade da prescrição de Adalimumabe, Certolizumabe ou Infliximabe nas 2ª e 3ª etapas do tratamento (preenchimento obrigatório):

- () Contraindicação.
- () Eventos adversos.
- () Falha terapêutica.
- () Especificidades clínicas.
- () Especificidades farmacológicas.

Relato médico consubstanciado segundo Nota Técnica DAF/SCTIE/MS nº 41/2018 (preenchimento obrigatório):

Anexos obrigatórios - Formulário médico

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Portaria SAS/MS n° 7 – 17/07/2017

- Uso prévio de **(preenchimento obrigatório)**:

AINEs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

MMCDs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

- BASDAI _____ **(preenchimento obrigatório)**.

- Critérios de inclusão **(preenchimento obrigatório)**:

() Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração.

() Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal.

() Expansão torácica inferior a 2,5 cm.

() Sacroilite em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite. Relatar a(s)

característica(s) de espondiloartrite: _____

() Antígeno HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite. Relatar as características de espondiloartrite: _____

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____

ARTRITE PSORÍACA

Portaria SAS/MS n° 6 – 17/07/2017

- Uso prévio de **(preenchimento obrigatório)**:

AINEs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

MMCDs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo _____

- BASDAI _____ **(preenchimento obrigatório)**.

- Articulações acometidas **(preenchimento obrigatório)**: _____

- Critérios de inclusão **(preenchimento obrigatório)**:

() Evidência de psoríase atual.

() História pessoal de psoríase.

() História familiar de psoríase.

() Distrofia ungueal psoriaca (depressões puntiformes, onicólise, hiperkeratose).

() Fator reumatoide negativo (quando assinalado, **anexar exame**).

() Inflamação atual de um dedo em sua totalidade.

() História de dactilite.

() Evidência radiológica de neoformação óssea justa-articular (ossificação bem definida próxima às margens articulares à radiografia simples de mãos e pés).

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

Data

Anexos obrigatórios

- De acordo com o medicamento solicitado
→ Consultar o resumo da DIAF

Anexo	Validade (meses)
Beta-HCG	3
Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina	6
HBsAg, anti-HCV, HIV, Prova Tuberculínica	12
Fator reumatoide, Anti-CCP, HLA-B27	indeterminada
Exames de Imagem	12
Avaliação oftalmológica	12

Anexos obrigatórios

- Prova Tuberculínica ou Teste de Mantoux

NOTA INFORMATIVA CGPNCT/DEVIT/SVS/MS nº 15/2018

- Informações sobre a disponibilidade do Derivado Proteico Purificado (PPD).
- **Normalização** da distribuição do PPD a partir de julho de 2018 (revoga a Nota Informativa CGPNCT/DEVP/SVS/MS nº 08/2014).

Anexos obrigatórios - Exames de Imagem

- Anexar apenas o laudo do exame.
- Não enviar lâminas/imagens.
- De acordo com as articulações afetadas (descritas no formulário médico).
- Espondilite ancilosante: exame das **articulações sacroilíacas**.

Anexos obrigatórios

- Avaliação oftalmológica

- Avaliação para o uso dos medicamentos hidroxiclороquina e cloroquina.
- Realizada por **médico oftalmologista**.
- **Retinopatia: critério de exclusão.**

Declaração médica para solicitação de medicamentos do CEAF sujeitos a controle especial Portaria SVS/MS nº 344/98 - LISTAS C1 e C5

	<p>GOVERNO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA GERÊNCIA TÉCNICA</p>	
<p>DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 e C5)</p>		
<p>Eu _____, CRM nº _____ declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica contém quantidade para o tratamento correspondente a 03 (três) meses, conforme previsto no Artigo nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.</p> <p>DADOS DO PACIENTE:</p> <p>Nome: _____</p> <p>CNS nº _____</p> <p>Patologia: _____</p> <p>CID – 10: _____</p> <p>Medicamento (nome genérico): _____</p> <p>Posologia: _____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo médico</p>		

Metotrexato

Nota Técnica DIAF/SUV/SES/SC nº 01/2013

- **Não** está indicado para uso por via subcutânea por nenhum fabricante deste medicamento registrado no Brasil.
- Deve ser anexado receituário médico com via de administração padronizada pela ANVISA e prevista na bula do medicamento.

Infliximabe

Cadastrar a solicitação da renovação no Sismedex



Escanear todos os documentos em um único anexo

1) Protocolo de atendimento do Sismedex 2) Receita médica 3) LME



Enviar para o e-mail: biologicosdiaf@saude.sc.gov.br

Assunto do e-mail: nome do paciente – artrite/espondilite

Infliximabe

- **Receita médica**

- Deve apresentar o mesmo **quantitativo** solicitado no LME.

- **LME**

- **TODOS** os campos com asterisco devem ser preenchidos.

- ATENÇÃO para o preenchimento do **peso do paciente**.

- Campo 8: deve ser sempre preenchido o quantitativo do **primeiro** e do **terceiro** mês.

- Campo 16: **data** (validade 60 dias).

- AR > 2 FA, AP e EA >3 FA: enviar à DIAF por e-mail.

Infliximabe

- Preenchimento correto

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Infliximabe 10 mg/mL injetável (frasco-ampola 10 mL)	3	0	3
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* M05.8 10- Diagnóstico Outras artrites reumatóides soro-positivas

- Preenchimento inadequado para solicitação trimestral

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Infliximabe 10 mg/mL injetável (frasco-ampola 10 mL)	0	3	0
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* M05.8 10- Diagnóstico Outras artrites reumatóides soro-positivas

Infliximabe

Periodicidade da dose de manutenção conforme o PCDT/MS:

Artrite reumatoide e
Espondilite ancilosante

- **2 meses**
- **NÃO** podem ser autorizadas doses em meses consecutivos.

Artrite psoríaca

- **8 semanas**
- De acordo com a data de aplicação (que deve ser informada no e-mail), **podem** ser autorizadas doses em meses consecutivos.

Rituximabe

Cadastrar a solicitação no Sismedex



Escanear todos os documentos em um único anexo

1) Protocolo de atendimento do Sismedex 2) Receita médica 3) LME



**Enviar para o e-mail: biologicosdiaf@saude.sc.gov.br
entre os dias 1 e 15 do mês anterior ao da aplicação**

Assunto do e-mail: nome do paciente - Rituximabe

Rituximabe

Manutenção semestral

- Sempre cadastrar como **nova solicitação**.
- Não renovar a cada 3 meses.
- Não enviar o processo físico à DIAF (a DIAF envia o termo de autorização por malote).
- E-mails enviados após o dia 15 não serão autorizados para o mês seguinte, pois a programação precisa ser encaminhada ao almoxarifado.
- Obs.: Processos novos seguem o fluxo normal (o documento físico deve ser enviado à DIAF)

Dose de ataque – MMCD biológicos

- É comum nos processos de adequação com inclusão do MMCD biológico, a autorização ser realizada em algum mês após o mês cadastrado para a dispensação da dose de ataque.
- Nesses casos, fazer **adequação** para poder realizar a dispensação da dose de ataque.
- Enviar a solicitação da adequação (protocolo de atendimento do Sismedex) para o e-mail **biologicosdiaf@saude.sc.gov.br**.

Adequação

- Adequação com inclusão de um **novo medicamento** para pacientes que já possuem processo:
 - ✓ É necessário anexar **todos** os documentos de uma **nova solicitação**.
- Inclusão de um novo medicamento
 - ✓ Verificar a CID-10 que o paciente já possui processo.
 - ✓ Orientar o preenchimento da CID-10 para a solicitação do novo medicamento com a mesma CID-10 que o paciente já possui processo.
- Adequação de dose:
 - ✓ Medicamentos **sintéticos**: autorizada pelo **Município/Regional**.
 - ✓ **MMCD biológicos**: enviar para o e-mail **biologicosdiaf@saude.sc.gov.br**.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Portaria SAS/MS nº 100/2013

Medicamentos disponíveis pelo CEAF

Lúpus Eritematoso Sistêmico

CID-10

L93.0, L93.1, M32.1, M32.8

Azatioprina

Hidroxicloroquina

Cloroquina

Metotrexato

Ciclofosfamida

Ciclosporina

Danazol

Anexos Obrigatórios

- De acordo com o medicamento solicitado.
- Consultar o resumo da DIAF e a Nota Técnica DIAF/SUV/SES/SC nº 3/2018 - www.saude.sc.gov.br.
- Enviar **apenas** os documentos obrigatórios:
 - LME
 - TER
 - Receita médica
 - **Formulário médico**
 - **Exames**
 - **Avaliação oftalmológica (hidroxicloroquina e cloroquina)**

Anexos obrigatórios

- LME

Meior visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

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* _____ Hoje

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

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

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

Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: _____ Parda Sem informação _____

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____ CPF ou CNS _____

22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

23- Correio eletrônico do paciente _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Anexos obrigatórios



- TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

HIDROXICLOROQUINA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA,
CICLOFOSFAMIDA, DANAZOL, METOTREXATO E TALIDOMIDA

Eu, _____,
(nome do (a) paciente, declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de **Hidroxiclороquina, Azatioprina, Ciclosporina, Ciclofosfamida, Danazol, Metotrexato e Talidomida**, indicados para o tratamento de **Lúpus Eritematoso Sistêmico**.

Anexos obrigatórios - Formulário médico

	FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) PORTARIA SAS/MS N° 100 DE 07/02/2013	
<p>Declaro, para fins de solicitação de medicamentos para o tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico, que o paciente _____ não apresenta critérios de exclusão e satisfaz por pelo menos 4 dos 11 critérios de classificação, propostos pelo American College of Rheumatology (ACR):</p> <p><input type="checkbox"/> Eritema malar: eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão discoide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia;</p> <p><input type="checkbox"/> Fotosensibilidade: eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história do paciente ou observação do médico;</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera oral: ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico;</p> <p><input type="checkbox"/> Artrite: artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame;</p> <p><input type="checkbox"/> Serosite: pleurite e/ou pericardite;</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração renal: proteinúria persistente maior que 0,5 g/dia ou acima de +++ se não quantificada ou presença de cilindros celulares - Anexar exames complementares que comprovem as alterações;</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração neurológica: convulsão e/ou psicose;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações hematológicas: anemia hemolítica com reticulocitose e/ou leucopenia menor que 4.000/mm³ e/ou linfopenia 1.500/mm³ e/ou trombocitopenia 100.000/mm³ - Anexar exames complementares que comprovem as alterações;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações imunológicas: presença de anti-DNA nativo e/ou presença de anti-Sm e/ou achados positivos de anticorpos antifosfolípidios (concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou VDRL falso positivo confirmado por FTA-Abs negativo) - Anexar exames complementares que comprovem as alterações;</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorpo antinuclear (FAN): título anormal de FAN (na ausência do uso de fármacos sabidamente associados ao Lúpus induzido por fármacos) - Anexar FAN.</p>		
<p>* Terapias anteriores – Informar medicamentos: _____</p>		
<p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo médico (a)</p>		<p>_____</p> <p>Data</p>

Anexos obrigatórios - Formulário médico

- Alteração renal:** proteinúria persistente maior que 0,5 g/dia ou acima de +++ se não quantificada ou presença de cilindros celulares – **Anexar exames complementares que comprovem as alterações;**
- Alteração neurológica:** convulsão e/ou psicose;
- Alterações hematológicas:** anemia hemolítica com reticulocitose e/ou leucopenia menor que 4.000/mm³ e/ou linfopenia 1.500/mm³ e/ou trombocitopenia 100.000/mm³ - **Anexar exames complementares que comprovem as alterações;**
- Alterações imunológicas:** presença de anti-DNA nativo **e/ou** presença de anti-Sm **e/ou** achados positivos de anticorpos antifosfolipídios (concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou VDRL falso positivo confirmado por FTA-Abs negativo) - **Anexar exames complementares que comprovem as alterações;**
- Anticorpo antinuclear (FAN):** título anormal de FAN (na ausência do uso de fármacos sabidamente associados ao Lúpus induzido por fármacos) - **Anexar FAN.**

Anexos obrigatórios

- De acordo com o medicamento solicitado
→ Consultar o resumo da DIAF

Anexo	Validade (meses)
Hemograma com plaquetas, EQU, proteinúria de 24h, fosfatase alcalina, ALT, AST, CPK, aldolase, creatinina, ureia.	3
Beta-HCG	3
Avaliação oftalmológica	12
Exames relativos aos Critérios de Inclusão	indeterminada

Anexos obrigatórios

- Avaliação oftalmológica

- Avaliação para o uso dos medicamentos hidroxicloroquina e cloroquina.
- Realizada por **médico oftalmologista**.
- **Maculopatia** prévia associada aos antimaláricos: **critério de exclusão**.

Associação de medicamentos

Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde

PRC nº 2/2017

Art. 57.

§ 1º fármacos da **mesma forma de organização** **não serão autorizados para uma mesma doença** no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, **exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa.**

Associação de medicamentos

Fármacos da **mesma** forma de organização ([SIGTAP](#)):

Ex.: Azatioprina e Metrotrexato

Mesma doença: Ex.: CID-10 M32.1

→ **Não serão autorizados**, pois são fármacos da mesma forma de organização solicitados para a mesma doença

Fármacos da **mesma** forma de organização:

Ex.: Infliximabe e Adalimumabe

Doenças diferentes. Ex.: M05.0 e K50.0

→ **Não serão autorizados**, pois são da forma de organização dos inibidores do TNF- α .

→ Ao solicitar a troca de MMCD biológico por outro MMCD biológico - adequação: zerar o medicamento que está sendo substituído.

CONTATOS

ARTRITES: biologicosdiaf@saude.sc.gov.br

LES/KARINE: rodrigueskc@saude.sc.gov.br

GERÊNCIA TÉCNICA: getecdiaf@saude.sc.gov.br

GETEC/DIAF/SUV/SES/SC



Se aparecerem novas dúvidas sobre o tema discutido hoje, ou sobre qualquer questão clínica ou de processo de trabalho, solicite uma teleconsultoria! É fácil e rápido. Estamos dispostos a ajudar!

[http:// telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

telessaudesc@gmail.com