



Elaboração: 2016	Última revisão: 15/09/2022	Próxima Revisão: 09/2024	Revisão: 08
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 14 -31/08/2020			

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 Sintéticos * CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8 Leflunomida 20 mg, comprimido Metotrexato 2,5 mg, comprimido ou solução injetável 25 mg/mL; Sulfassalazina 500 mg, comprimido Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido Medicamentos imunossupressores * CIDs: M05.1, M05.2 Azatioprina 50 mg, comprimido Ciclosporina 25, 50 ou 100 mg, comprimido e 100 mg/mL, solução oral Medicamentos DMARDS JAK * todos os CIDs Tofacitinibe: comprimidos de 5 mg Baricitinibe: comprimidos de 2 e 4 mg Upadacitinibe 15 mg, comprimido de liberação prolongada	Medicamentos DMARDS Biológicos * CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8 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) AINES * CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8 Naproxeno 500 mg, comprimido

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
<input type="checkbox"/> Carteira de identidade com foto (RG) <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde (CNS) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos <input type="checkbox"/> Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada

Para recebimento da medicação (mensal) - (leflunomida)
<input type="checkbox"/> Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até 30 dias por receita
* Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização. No caso do preenchimento da DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 E C5) – O farmacêutico avaliador deve anexar o receituário e sinalizar em sistema para que o farmacêutico dispensador saiba que o paciente já está com a receita liberada.

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;	<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.



<p><input type="checkbox"/> Laudo Médico (Formulário Específico em anexo)</p> <p><input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Declaração médica para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)</p> <p><input type="checkbox"/> *CID Secundário J84.1 – Laudo anexo preenchido por Pneumologista dos Centros de Referência em DIP – Doença Intersticial Pulmonar</p>	<p><input type="checkbox"/> Declaração médica para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>
---	--

Exames (cópias de laudos)	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>Para todos:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);</p> <p>Para todos, exceto NAPROXENO, também:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Velocidade de Hemossedimentação – VSH OU Proteína C Reativa – PCR (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator Reumatóide (Látex) (Validade de 1 ano);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Radiografia de articulação acometida OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética (não tem validade de prazo)</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Exame oftalmológico quanto à presença de retinopatia (apenas para hidroxycloquina).</p> <p><input type="checkbox"/> Sorologias para Hbc, HCV e HBsAG (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Radiografia simples de tórax OU Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano);</p> <p>Facultativo:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de exame de anti-CCP (Validade de 90 dias); - obrigatório em caso de FR negativo e caso paciente seja avaliado pelos critérios ACR/EULAR2010</p> <p>Para Os MMCDs Sintéticos (metotrexato e leflunomida), o imunossupressor (ciclofosfamida) e o DMARD Biológico (abatcepte)</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de B-HCG (para mulheres em idade fértil – até 55 anos) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento (laudo) de esterilização ou menopausa;</p> <p>Para DMARDS Biológicos e DMARD JAK, também:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p> <p>Para DMARD Biológico (tocilizumabe), também:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Colesterol Total (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de HDL e LDL (Validade de 90 dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Triglicerídeos (Validade de 90 dias);</p> <p>Para DMARD Biológico (rituximabe), também:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Dosagem IgG sérica (Validade de 90 dias);</p>	<p>Para todos:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Creatinina</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO)</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Hemograma completo;</p> <p>DMARDS Biológicos (apenas tocilizumabe):</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Colesterol Total</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de HDL e LDL</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Triglicerídeos</p> <p>DMARDS Biológicos (apenas rituximabe):</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Dosagem IgG sérica</p> <p>Para Hidroxycloquina, também:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Exame oftalmológico (a cada 5 anos apenas para hidroxycloquina ou anualmente se houver fator de risco).</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. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.</p> <p>Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.</p> <p>Em casos de adequação de medicamentos o médico deve rever se é necessário enviar algum resultado de exames contemplados na solicitação inicial (como biológicos).</p>	



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 deve 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; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

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 o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- 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>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal



LAUDO MÉDICO (ARTRITE REUMATOIDE)

CID 10: M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0
(INÍCIO e MUDANÇA de tratamento)

Nome: _____ Idade: _____

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO (obrigatório para todos os medicamentos)

Tempo de diagnóstico da doença:

ARTRITE REUMATOIDE (1987)

CID:

- Rigidez matinal > 1 hora
- Artrite de mãos e punhos
- Artrite de 3 ou + juntas
- Artrite simétrica
- Nódulos reumatóides
- Fator reumatóide positivo
- Osteopenia/Erosões

ARTRITE REUMATOIDE INICIAL (2012)

CID:

- 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)

Resultado obtido

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?			<input type="checkbox"/> Certolizumabe pegol		
			<input type="checkbox"/> Infliximabe		
MMCD sintético			<input type="checkbox"/> Etanercepte		
<input type="checkbox"/> Metotrexato			<input type="checkbox"/> Adalimumabe		
<input type="checkbox"/> Leflunomida			<input type="checkbox"/> Golimumabe		
<input type="checkbox"/> Antimaláricos			<input type="checkbox"/> Abatacepte		
<input type="checkbox"/> Sulfasalazina			<input type="checkbox"/> Rituximabe		
			<input type="checkbox"/> Tocilizumabe		
Medicamentos imunossupressores			<input type="checkbox"/> Upadacitinibe		
<input type="checkbox"/> Azatioprina			Medicamentos DMARDS JAK		
<input type="checkbox"/> Ciclosporina			Tofacitinibe		
<input type="checkbox"/> Ciclofosfamida			Baricitinibe		

Em caso de paciente em idade fértil, a paciente encontra-se gestante ou amamentando? Caso a resposta seja negativa, qual o método anticoncepcional em uso?

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

NÃO

SIM

Data: _____

Médico solicitante (data, carimbo e assinatura)

**DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 E C5)**

Eu, _____, inscrito sob CRM nº _____, declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensando via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica poderá conter quantidade para o tratamento correspondente até 6 meses de tratamento, em conformidade com o decrito no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) e, conforme previsto no Art. nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Patologia:	CID 10:	
Medicamento:		
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:		

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 () JIMIP

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
() Baricitinibe			() Falha () Evento adverso
() Upadacitinibe			() Falha () Evento adverso

MEDICAMENTO ESCOLHIDO:() Metotrexato () Leflunomida () Azatioprina () Ciclofosfamida () Metotrexato
() Ciclosporina () Sulfassalazina () Tofacitinibe () Baricitinibe () upadacitinibe () _____**DOSE:****QUEIXAS CLÍNICAS*:**

() Assintomático () Dispnéia () Tosse () Expectorção

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**

Abatacepte, adalimumabe, azatioprina, baricitinibe, certolizumabe pegol, ciclofosfamida, ciclosporina, etanercepte, golimumabe, hidroxiclороquina, ibuprofeno, infliximabe, leflunomida, metilprednisolona, metotrexato, naproxeno, prednisolona, prednisona, rituximabe, sulfassalazina, tocilizumabe, tofacitinibe e upadacitinibe.

Eu, _____ (nome do(a) responsável), responsável legal pelo paciente _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de abatacepte, adalimumabe, azatioprina, baricitinibe, certolizumabe pegol, ciclosporina, ciclofosfamida, etanercepte, golimumabe, hidroxiclороquina, ibuprofeno, infliximabe, leflunomida, metilprednisolona, metotrexato, naproxeno, prednisolona, prednisona, rituximabe, sulfassalazina, tocilizumabe e tofacitinibe 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 submeterme 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): baricitinibe, hidroxiclороquina, ciclosporina, metilprednisolona, abatacepte, rituximabe, tocilizumabe, tofacitinibe e naproxeno (este último, nos primeiro e segundo trimestres de gestação); - medicamentos classificados 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), ciclofosfamida 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; - eventos adversos do ibuprofeno: cólicas abdominais, gastralgia ou desconforto gástrico, indigestão, náusea ou vômito. Sangramento gastrointestinal com ou sem ulceração, assim como o aparecimento de erupções cutâneas; - eventos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaquecas, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura; - eventos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, 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; - eventos adversos de hidroxiclороquina: 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, náusea, 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; - eventos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náusea, 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 20 vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas; - eventos adversos da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, 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 (aumento das mamas no homem); - eventos adversos da metilprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabete melito; - eventos adversos da prednisona e da prednisolona:



aumento do apetite, úlcera gástrica com possível perfuração e sangramento, inflamação do pâncreas, cansaço, insônia, catarata, aumento da pressão dentro do olho, glaucoma, olhos inchados, aumento da ocorrência de infecção do olhos por fungos e vírus. Pode surgir também diabetes e aumento dos valores de colesterol; - eventos 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, náusea, 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; - eventos adversos de adalimumabe, etanercepte e infliximabe: reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal; - eventos adversos de abatacepte: reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjoos 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 (abatacepte); - eventos adversos do certolizumabe pegol: Infecção bacteriana (incluindo tuberculose (pulmonar, extrapulmonar e disseminada) e abscessos), infecções virais (incluindo herpes, papilomavirus, influenza), distúrbios eosinofílicos, leucopenia (incluindo linfopenia e neutropenia), dor de cabeça (incluindo enxaqueca), anormalidade sensorial, náusea e vômito, hepatite (incluindo aumento das enzimas hepáticas), pirexia, dor (em qualquer local), astenia, prurido (em qualquer local), reação no local de injeção; - eventos adversos do golimumabe: infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacterianas (tuberculose), fúngicas invasivas e oportunistas, reativação do vírus da hepatite B, insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios desmielinizantes do sistema nervoso central, pancitopenia, leucopenia, neutropenia, agranulocitose e trombocitopenia; - eventos adversos da leflunomida: diarreia, náusea, vômitos, anorexia, distúrbios da mucosa bucal (por exemplo: estomatite aftosa, ulcerações na boca), dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos (por exemplo: transaminases, menos frequentemente gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubina), colite incluindo colite microscópica; elevação da pressão sanguínea. Leucopenia com contagem de leucócitos > 2 x 10⁹/L (>2 g/L); anemia, trombocitopenia com contagem de plaquetas

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:

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> naproxeno | <input type="checkbox"/> azatioprina | <input type="checkbox"/> ciclosporina | <input type="checkbox"/> leflunomida |
| <input type="checkbox"/> metotrexato | <input type="checkbox"/> adalimumabe | <input type="checkbox"/> certolizumabe pegol | <input type="checkbox"/> etanercepte |
| <input type="checkbox"/> ciclofosfamida | <input type="checkbox"/> golimumabe | <input type="checkbox"/> abatacepte | <input type="checkbox"/> baricitinibe |
| <input type="checkbox"/> infliximabe | <input type="checkbox"/> tocilizumabe | <input type="checkbox"/> tofacitinibe | |
| <input type="checkbox"/> rituximabe | <input type="checkbox"/> hidroxicloquina | <input type="checkbox"/> sulfasalazina | |

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 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*					
	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 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)

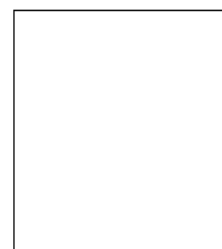
Nome Paciente: _____ CNS: _____

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