



|  |                            |                          |             |
|--|----------------------------|--------------------------|-------------|
| Elaboração: 2013   | Última revisão: 17/05/2022 | Próxima Revisão: 05/2024 | Revisão: 01 |
| <b>HIDRADENITE SUPURATIVA</b><br>CID 10: L73.2 – Hidradenite supurativa<br><a href="#">Portaria SAS/MS nº 14</a> , de 11 de setembro de 2019 |                            |                          |             |

|   |
|---|
| <b>Informações Gerais</b>   |
| 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. |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Medicamentos CEAF</b>              |
| Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida |

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)</b>  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial  | <input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses   |
| <input type="checkbox"/> <b>LME</b> - 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);<br><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.<br><input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometida (score PASI e/ou DLQI);<br><input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b><br><input type="checkbox"/> <b>Laudo Psoríase (terapia biológica)</b> | <input type="checkbox"/> <b>LME</b> - 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);<br><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.<br><input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, em caso de mudança de terapêutica; |

|   |  |
|---|--|
| <b>Exames</b>   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial   | <input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses  |
| <b>Para todos:</b><br><input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas<br><input type="checkbox"/> Creatinina sérica<br><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO)<br><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)<br><input type="checkbox"/> Velocidade de Hemossedimentação – VHS<br><input type="checkbox"/> Uréia<br><input type="checkbox"/> Triglicerídeos.<br><input type="checkbox"/> B-HCG (para mulheres em idade fértil) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização<br><input type="checkbox"/> Raio X de tórax<br><input type="checkbox"/> Prova de Mantoux<br><input type="checkbox"/> Radiografia simples do tórax<br><input type="checkbox"/> Anti-HCV<br><input type="checkbox"/> HbsAg<br><input type="checkbox"/> Anti-HIV<br><input type="checkbox"/> Proteína C Reativa – PCR<br><input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina<br><input type="checkbox"/> anti-HBC<br><input type="checkbox"/> Exame do sedimento urinário | <b>Para todos:</b><br><input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas;<br><input type="checkbox"/> Creatinina;<br><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética TGO);<br><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);<br><input type="checkbox"/> Triglicerídeos.<br><input type="checkbox"/> B-HCG (para mulheres em idade fértil) realizado até 5 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização– mensalmente; |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Facultativos</b><br/> Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa<br/> Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)<br/> Cultura microbiológica e o teste de sensibilidade aos antimicrobianos<br/> ( ) Diagnóstico diferencial por imagem: ultrassonografia de pele com transdutor de alta frequência; OU ressonância magnética representa para a detecção de fístulas, em especial as que envolvem outros órgãos</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. 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> |  |

**Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade de que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

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**

Teste 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 (HIDRADENITE SUPURATIVA)**  
Formulário para inclusão e substituição de terapia biológica

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA - Estágios de Hurley</b>  |  |
| <b>ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA –</b> Escore internacional de severidade de Hidradenite supurativa sistêmica (IHS4) |  |
| <b>ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA –</b> Avaliação global (HS-PGA):  |  |

| <b>ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)</b> | <b>Dose</b> | <b>Tempo</b> |
|---|-------------|--------------|
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |
|   |             |              |

| <b>EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS</b>  | <b>EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS (DMARDs)</b> |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma ( <i>validade 3 meses</i> )  | <input type="checkbox"/> PPD (Mantoux) ( <i>validade até 1 ano</i> )        |
| <input type="checkbox"/> VSH e/ou PCR ( <i>validade 3 meses</i> )   | <input type="checkbox"/> HBsAg, Anti-HBs ( <i>validade até 1 ano</i> )      |
| <input type="checkbox"/> TGO (AST) ( <i>validade 3 meses</i> )  | <input type="checkbox"/> Anti-HCV ( <i>validade até 1 ano</i> )             |
| <input type="checkbox"/> TGO (ALT) ( <i>validade 3 meses</i> )  | <input type="checkbox"/> Anti-HIV ( <i>validade até 1 ano</i> )             |
| <input type="checkbox"/> Creatinina ( <i>validade 3 meses</i> )   |   |
| <input type="checkbox"/> RX de tórax <b>OU</b> tomografia de torax: ( <i>validade de até 1 ano</i> )  |   |
| <input type="checkbox"/> RX simples da articulação acometida <b>OU</b> Ultrasonografia <b>OU</b> Ressonância magnética ( <i>não tem prazo de validade</i> ) |   |

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

NÃO       SIM      Data de inicio: \_\_\_\_\_

Medico solicitante:  
(data, carimbo e assinatura)

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

ADALIMUMABE, CLINDAMICINA, DOXICICLINA 1%, RIFAMPICINA E TETRACICLINA

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de fosfato de clindamicina, cloridrato de tetraciclina, doxiciclina, cloridrato de clindamicina, rifampicina e adalimumabe, indicados para o tratamento da hidradenite supurativa.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - melhora dos sintomas da doença; - melhora da qualidade de vida.

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

- Fosfato de clindamicina 1%: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; pacientes com antecedentes de enterite regional, colite ulcerativa ou colite induzida ou associada a antibióticos (incluindo colite pseudomembranosa). Não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou durante a amamentação;

- Cloridrato de tetraciclina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes, na gestação e amamentação;

- Doxiciclina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; na gestação e amamentação;

- Cloridrato de clindamicina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes e amamentação;

- Rifampicina: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes. Não deve ser administrada simultaneamente com a combinação de saquinavir/ritonavir;

- Adalimumabe: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas (histoplasmose disseminada ou extrapulmonar, aspergilose, coccidioidomicose), virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas<sup>4,36</sup>; tuberculose ativa e latente<sup>4</sup>; insuficiência cardíaca New York Heart Association (NYHA) III e IV<sup>4,36</sup>; vacinação com vírus vivo<sup>36</sup>.

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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 do(s) seguinte(s) medicamento(s): ( ) Fosfato de clindamicina 1% ( ) Cloridrato de tetraciclina ( ) Doxiciclina ( ) Cloridrato de Clindamicina ( ) Rifampicina ( ) Adalimumabe

|   |       |     |
|---|-------|-----|
| Local:  | Data: |     |
| Nome do Paciente:   |       |     |
| Cartão Nacional de Saúde:                                   |       |     |
| Nome do responsável legal:                                  |       |     |
| Documento de identificação do responsável legal:            |       |     |
| _____<br><b>Assinatura do paciente ou responsável legal</b> |       |     |
| Nome do Médico:   | CRM:  | UF: |
| _____<br><b>Assinatura e carimbo médico</b>                 |       |     |
| 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.



## 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