

ADALIMUMABE

Doença de Crohn

Portaria Conjunta N° 14, de 28 de novembro de 2017

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável – seringa preenchida;
40 mg injetável – frasco-ampola – Biossimilar (Amgevita®), conforme Nota Técnica CAF n° 06, de 31 de maio de 2021.

CIDs contemplados: K50.0, K50.1, K50.8

40 mg injetável – seringa preenchida (pacientes com mais de 06 anos): K50.0, K50.1, K50.8

40 mg injetável – frasco-ampola (apenas para pacientes pediátricos – até 18 anos): K50.0, K50.1, K50.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação conforme esquema de administração:**

> Tratamento de indução e manutenção de remissão e de DC complicada por fístula perianal complexa para adultos e crianças com peso maior ou igual a 40 kg:

- 160 mg na semana 0, 80 mg na semana 2 e, após, 40 mg a cada 2 semanas; é possível diminuir o intervalo de administração para adalimumabe 40 mg semanal, a partir da semana 4 de tratamento, se houver resposta parcial ou perda de resposta.

> Tratamento de indução e manutenção de remissão e de DC complicada por fístula perianal complexa para adultos e crianças com peso menor que 40 kg:

- 80 mg na semana 0, 40 mg na semana 2 e, após, 10 a 20 mg a cada 2 semanas.

- **Para faturamento (SIGTAP):** 5 seringas

Grupo de financiamento: 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- Laudo médico com comprovação endoscópica, radiológica, cirúrgica ou anatomopatológica da doença.
 - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - o Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
 - o Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA).
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;
4. Cópia dos exames:
À critério do médico prescritor:
 - Hemograma.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se ao Centro de Atenção de Saúde de Sergipe – CASE, farmácia de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Sergipe, para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;
- III – Número de telefone do representante.