

ADALIMUMABE

Hidradenite Supurativa

Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 14, de 11 de setembro de 2019

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável – seringa preenchida

CIDs contemplados: L73.2

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 160 mg (quatro injeções subcutâneas de 40 mg, administradas no 1º dia OU duas injeções subcutâneas de 40mg, administradas em 2 dias consecutivos); 80 mg (duas injeções subcutânea de 40mg) na 2º semana; 40 mg na 4ª a 12ª semanas.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 7 seringas preenchidas

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

Observações:

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C Idade mínima: 18 anos

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:

- [Relatório médico](#) descrevendo apresentação clínica da doença, com relação às características:
 - o História de lesões recorrentes dolorosas ou supurativas mais de 2 vezes em 6 meses;
 - o Localização anatômica típica: axila, virilha, região perineal e perianal, nádegas, dobras infra-mamárias;
 - o Lesões típicas: nódulos (inflamatório ou não, único ou múltiplos, doloroso ou profundos),

tratos sinusais (inflamatórios ou não), abscessos, comedões ou cicatrizes (atróficas, em malha, vermelha, hipertrófica ou linear).

- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície - Hepatite B), realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia - Anti-HCV (Antivírus da Hepatite C), realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia - Anti-HIV (Antivírus da Imunodeficiência Humana), realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
 - o Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
 - o Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente.

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:

Semestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica - TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica - TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

A critério médico:

- Sorologia - Anti-HCV (Antivírus da Hepatite C);
- Sorologia - Anti-HIV (Antivírus da Imunodeficiência Humana);
- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície - Hepatite B).

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.