

ADALIMUMABE

Psoríase

Portaria conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável – seringa preenchida

CIDs contemplados: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação:

Dose de ataque: 80 mg

Dose de manutenção: 40 mg em semanas alternadas, iniciando na semana seguinte à dose de ataque. Após 16 semanas de tratamento, se a resposta for insuficiente, a dose pode ser aumentada para 40 mg a cada 7 dias ou 80 mg a cada 14 dias. Caso não ocorra melhora clínica após 12 semanas do aumento da dose, o tratamento deve ser interrompido. Se houver resposta adequada ao tratamento, a dose deve ser reduzida para 40 mg a cada duas semanas.

- Para faturamento (SIGTAP): 7 seringas preenchidas

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

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C Idade mínima: 06 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 falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia padrão e um dos critérios abaixo:

- o Escore PASI (Psoriasis Área and Severity Index);
- o Porcentagem de acometimento da superfície corporal;
- o DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico);
- o Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- o Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses;
- o Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 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;
- Sorologia – HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B), realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizado nos últimos 12 meses:
 - o Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
 - o Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico).ou equivalente (teste IGRA).

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização.

A critério médico:

- Hemograma completo.
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – fosfatase alcalina, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – proteína C reativa (PCR), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamyltransferase), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
- Sumário de urina (EAS – elementos anormais e sedimento).

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 dos exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);

- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – creatinina;
- Hemograma.

A critério médico:

- Dosagem sérica – proteína C reativa (PCR);
- Sedimento urinário e urocultura;

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.