

ADALIMUMABE

Uveítes não Infecciosas

Portaria conjunta nº 13, de 11 de setembro de 2019

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável - seringa preenchida

CIDs contemplados: H30.1, H30.2, H30.8, H20.1, H15.0

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 80 mg por via subcutânea, após, 40 mg por via subcutânea em semanas alternadas
- **Para faturamento (SIGTAP):** 7 seringas

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 de exame oftalmológico clínico, descrevendo:
 - o Alterações oculares compatíveis com o quadro de uveítes;
 - o Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;
 - o Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos;

- o Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizado 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 dos 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).

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.