

AZATIOPRINA

Uveítes Não-Infecciosas

Portaria conjunta nº 13, de 11 de setembro de 2019

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 50 mg – comprimido

CID contemplados: H30.1, H30.2, H30.8; H20.1, H15.0

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** Entre 1 mg e 3 mg/kg/dia, por via oral; dose máxima de 4 mg/kg/dia
- **Para faturamento (SIGTAP):** 248 comprimidos

Grupo de financiamento: 2

Observações: —

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 uveíte;
 - o Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico (superior a 3 meses);
 - o Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoides sistêmicos;
 - o Toxicidade aguda, crônica presente ou presumida ou contraindicação ao uso de glicocorticoide por qualquer via de administração;
 - o Diagnóstico de uveítes sabidamente graves, como doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas OU Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento

funcional.

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:

Trimestralmente:

- 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.