

LEFLUNOMIDA

ARTRITE PSORÍACA

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 9, de 21 de maio de 2021

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 20 mg – comprimido

CID contemplados

M07.0, M07.2, M07.3

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

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

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

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:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação), realizado nos últimos 6 meses;
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Hemograma, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
- Laudo/relatório médico da Radiografia ou Ressonância Magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses.

5. A critério do médico prescritor:

- [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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão.

Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

3. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

A critério do médico prescritor:

- [Índice BASDAI \(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index\);](#)
- [Escala MASES \(Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score\);](#)
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa).

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.