



Fluxo de Acesso
Artrite Reumatoide

PORTARIA CONJUNTA Nº 14 DE 31 DE AGOSTO DE 2020.

MEDICAMENTOS

- ABATACEPTE 125 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- ABATACEPTE 250 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (FRASCO AMPOLA) pacientes de 2 a 5 anos
- ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- CITRATO DE TOFACITINIBE 5 MG (POR COMPRIMIDO)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)
- ETANERCEPTE 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)
- INFliximabe 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)
- LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- RITUXIMABE 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 50 ML)
- SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 4 ML)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida (deve ser renovada SEMESTRALMENTE junto com o LME);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados:
 1. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Artrite Reumatoide** .



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames obrigatórios para todos os medicamentos:

- FR
- VHS
- PCR
- Hemograma
- Radiografia simples (da área acometida)
- Ultrassonografia ou ressonância magnética (apenas nos casos de dúvida, em AR inicial sem erosões à radiografia).

Para Metotrexato, também:

- HbsAg
- Anti- HCV
- Beta HCG (para mulheres em idade fértil)
- Teste de Mantoux
- Rx de tórax

Para Sulfassalazina, também:

- B-HCG (para mulheres em idade fértil)
- HbsAg,
- Anti- HCV
- ALT/AST

Para Leflunomida, também:

- Beta HCG (para mulheres em idade fértil)
- HbsAg
- Anti- HCV
- ALT/AST

Para Adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe, golimumabe, abatacepte e Rituximabe, também:

- Teste de Mantoux
- Rx de tórax
- HbsAg
- Anti- HCV

Para Tocilizumabe, também:

- Teste de Mantoux
- Rx de tórax
- HbsAg
- Anti- HCV
- TGO e TGP
- Hemograma (neutrófilos) com plaquetas

Para Citrato de Tofacitinibe, também:

- Teste de Mantoux
- Radiografia de Tórax

Para Hidroxicloroquina, Também:

- Avaliação oftalmológica

Para Azatioprina, Também:

- HbsAg



- Anti- HCV
- Beta HCG (para mulheres em idade fértil)

Para Ciclosporina, Também:

- Creatinina sérica
- HbsAg
- Anti- HCV
- Beta HCG (para mulheres em idade fértil)

Exames para solicitação condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:

- Anti-CCP (apenas se o FR for negativo ou em caso de dúvida diagnóstica).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Metotrexato: Hemograma, creatinina, AST/ TGO e ALT/TGP. Periodicidade: a cada 1 a 3 meses.

Sulfassalazina: Hemograma, AST/TGO e ALT/ TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Leflunomida: Hemograma, creatinina, AST/ TGO e ALT/TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Citrato de Tofacinibe: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Hidroxicloroquina: Hemograma, AST/TGO e ALT/ TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses

Avaliação oftalmológica. Periodicidade: Anualmente.

Anti-TNF: Hemograma, AST/TGO e ALT/ TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Abatacepte: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Rituximabe: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Tocilizumabe: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses. Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídios. Periodicidade: A cada 6 a 12 meses.

Azatioprina: Hemograma, AST/TGO e ALT/ TGP. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Ciclosporina: Creatinina. Periodicidade: A cada 1 a 3 meses.

Ciclofosfamida: Hemograma, exame comum de urina. Periodicidade: 2 semanas após cada infusão.



UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis , s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240

Tel/Fax da farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 7h às 18h

E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto.
Salvador/ Bahia, 41820-000.

Tel/Fax da farmácia: 3354-3270-5739/5733

Horário: 7h às 19h

E-mail: creasi.farmacia@saude.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)



**CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS
RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

- M05.0 Síndrome de Felty
- M05.1 Doença reumatoide do pulmão
- M05.2 Vasculite reumatoide
- M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
- M05.8 Outras artrites reumatoides soropositivas
- M06.0 Artrite reumatoide soronegativa
- M06.8 Outras artrites reumatoides especificadas

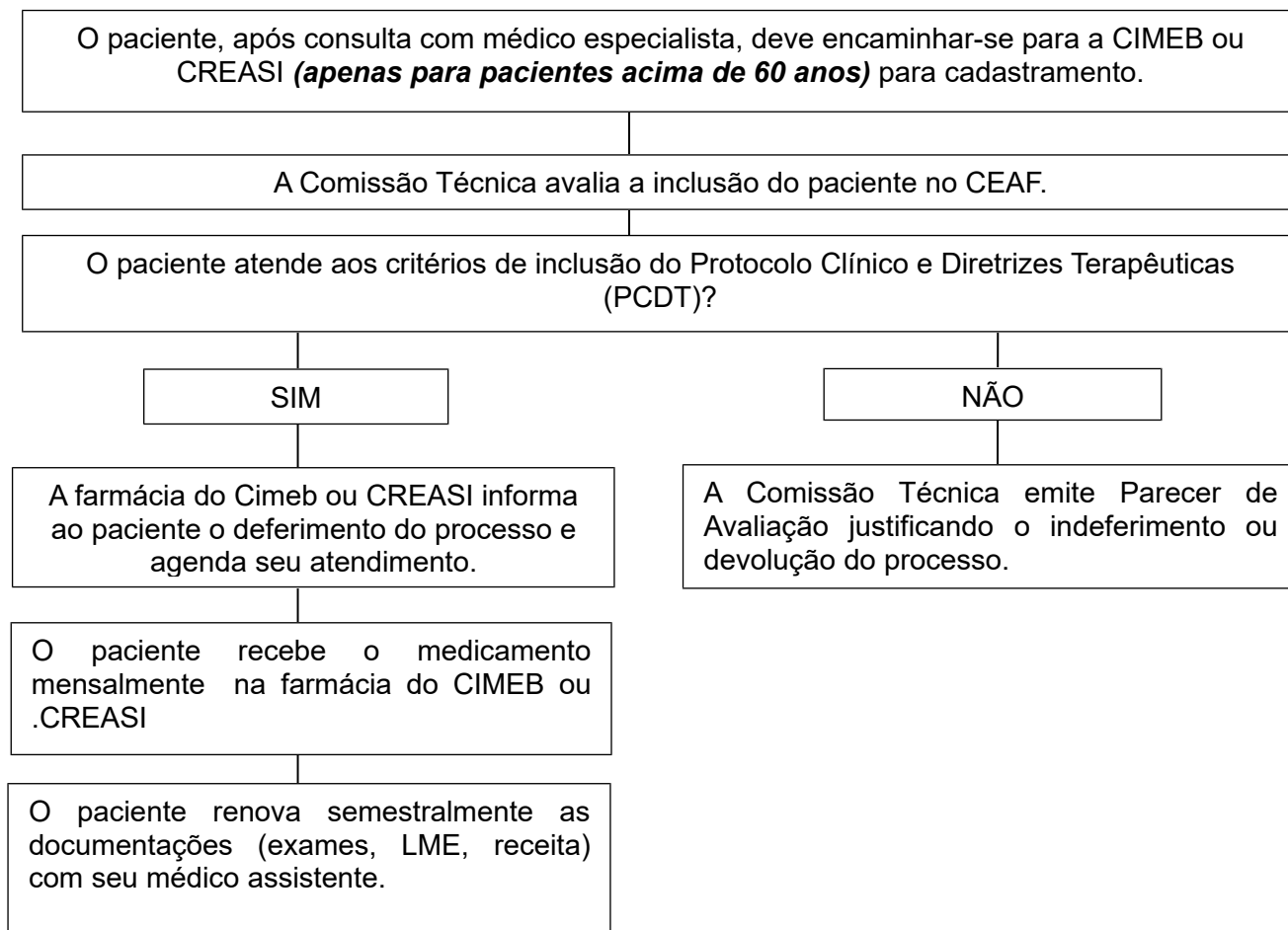
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- A partir de 07/11/2018, a solicitação de medicamentos biológicos para Artrite Reumatoide somente será atendida se estiver em consonância com a NOTA TÉCNICA Nº 411/2018-CGCEAF/DAF/SCTIE/MS.
- ABATACEPTE 125 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA); GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA); CITRATO DE TOFACIFITINIBE 5 MG (POR COMPRIMIDO) e CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) são medicamentos aprovados para uso em pacientes acima de 18 anos.
- Os pacientes com solicitação de biológicos subcutâneos iniciarão o tratamento em Salvador e em seguida serão transferidos para a regional de destino.
- Recomenda-se que o médico responsável pelo tratamento tenha experiência e seja treinado nessa atividade, devendo ser preferencialmente Reumatologista, seguindo OBRIGATORIAMENTE as orientações do PCDT.



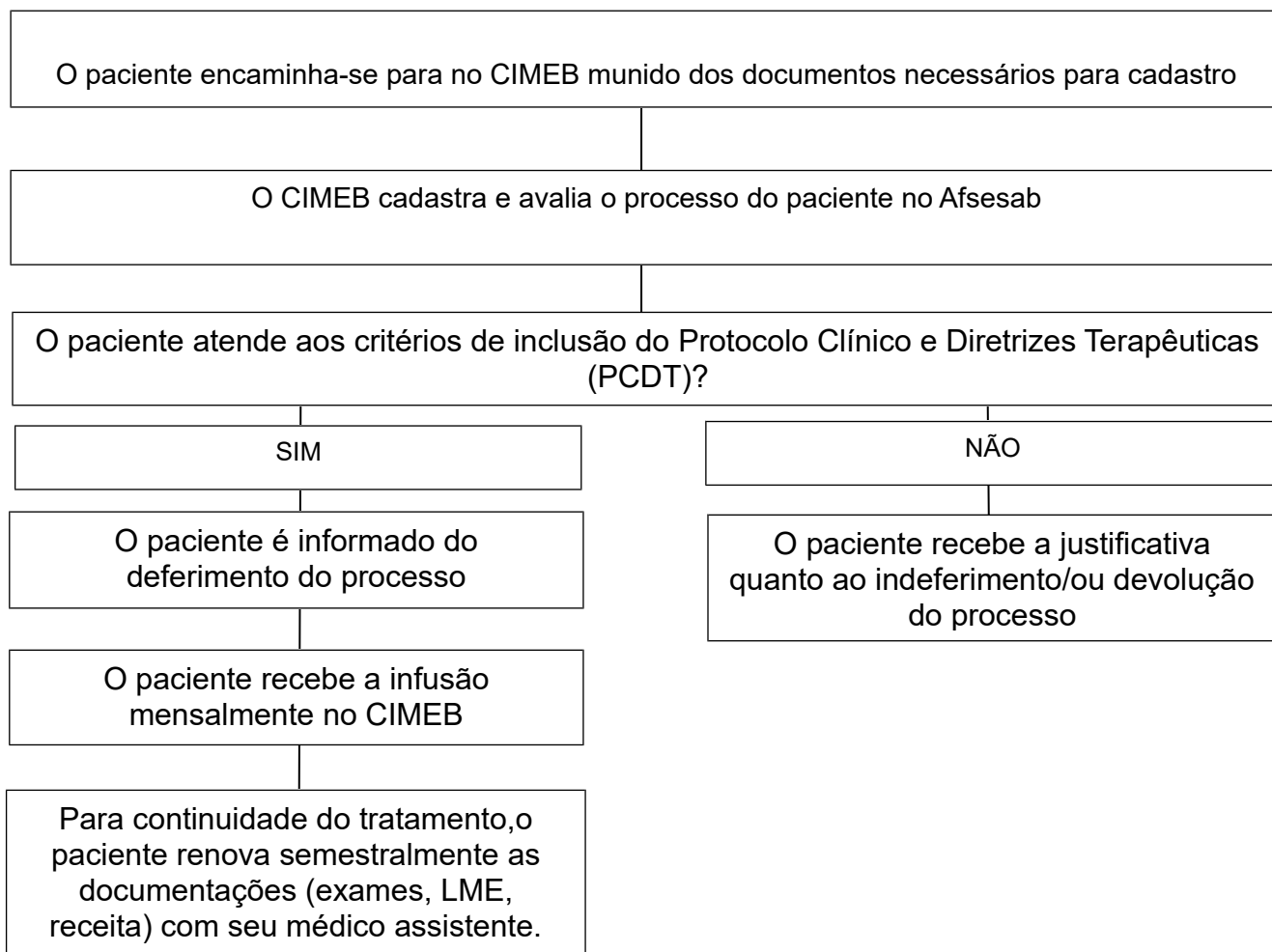
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR
MMCD orais





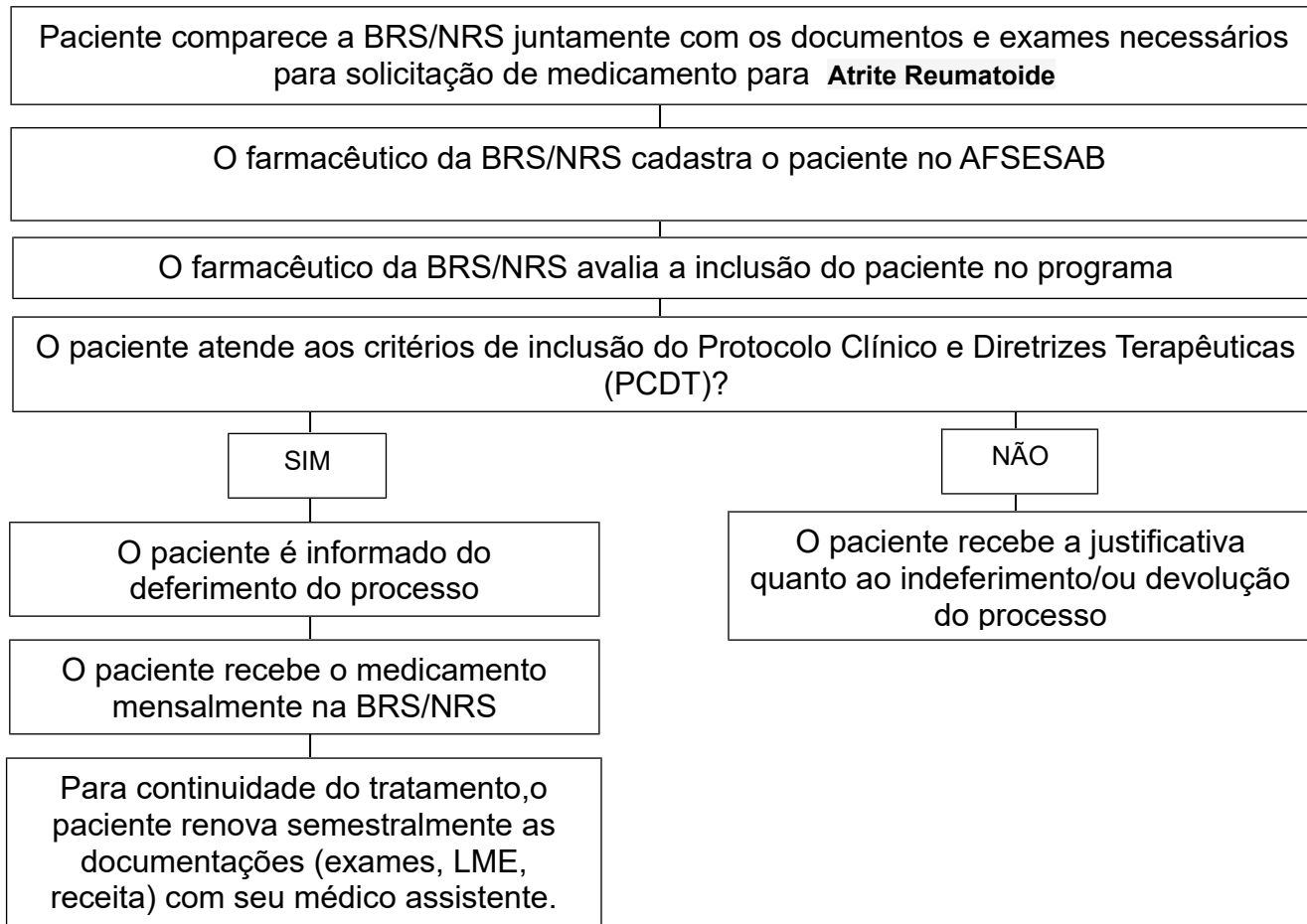
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

MMCD Biológicos



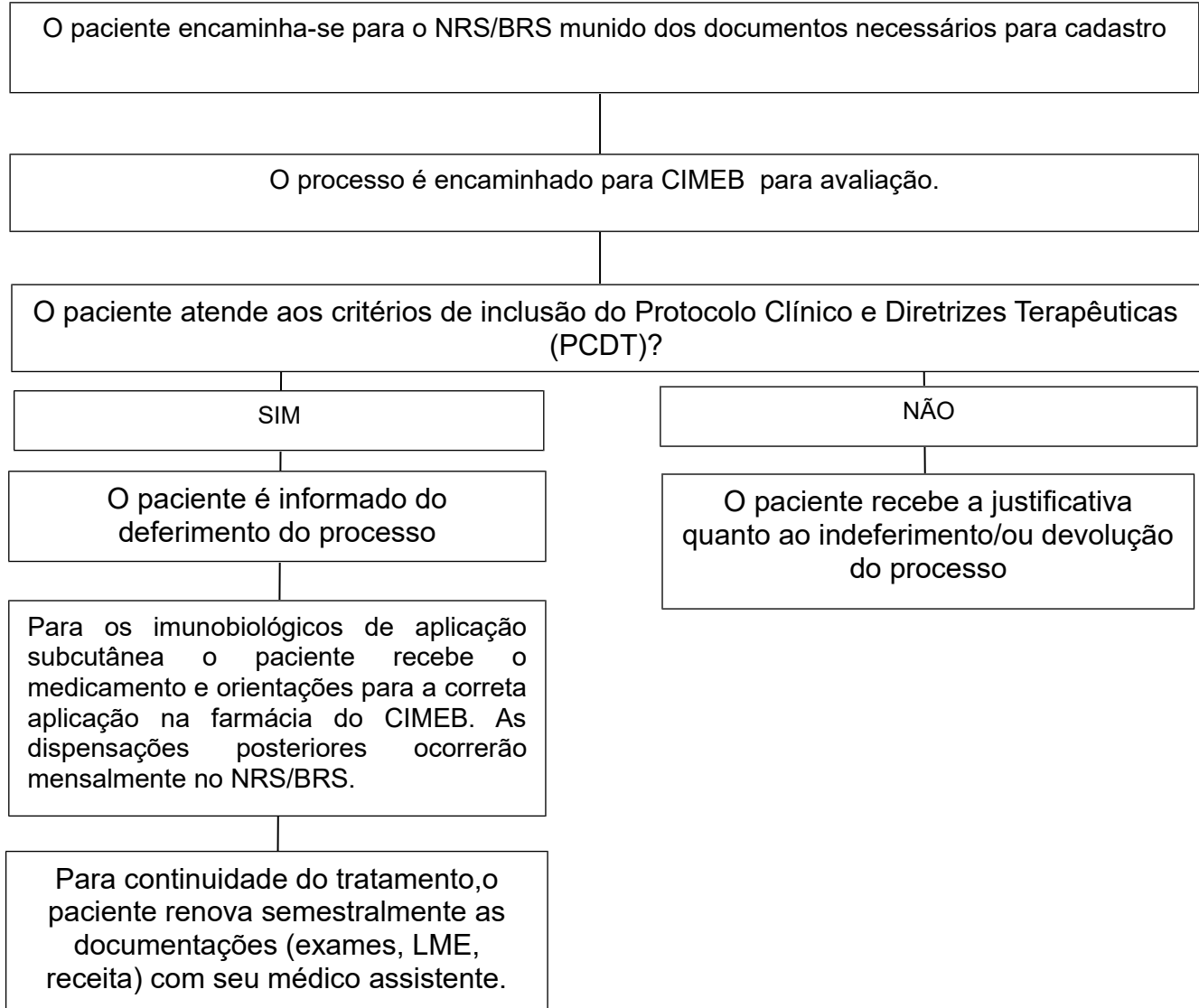


**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)
MMCD Orais**





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)
MMCD BIOLÓGICO ADMINISTRADOS POR VIA SUBCUTÂNEA
(Abatacepte, Adalimumabe, Certolizumabe, Golimumabe, Etanercepte ,Tofacitinibe)**





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)
MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ADMINISTRADOS POR INFUSÃO
(Infliximabe, Rituximabe e Tocilizumabe)**

