

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

Fluxo de Acesso - Artrite Reativa
PORTARIA CONJUNTA Nº 06, DE 22 DE ABRIL DE 2021.

MEDICAMENTOS

- SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável pelo paciente)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), preenchido, assinado e carimbado pelo médico, (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. ([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#); [PORTARIA 344, de 1998](#); [RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011](#) e outros).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando:
 1. Quadro clínico do paciente
 2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Artrite Reativa**.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para todos os casos:

- HbsAg (validade 12 meses)
- Anti-HCV (validade 12 meses)
- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade um mês)
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)
- Velocidade de sedimentação globular (VSG) (validade 3 meses)
- Proteína C reativa (PCR) (validade 3 meses)

Exames condicionados à situação clínica do paciente:

- HLA-B27
- Análise do líquido sinovial

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma, sumário de urina (urina tipo 1) e VSG. **Periodicidade:** mensalmente na AR aguda, sendo progressivamente espaçadas ao longo do tratamento. Nos casos de AR crônicos as consultas devem ter intervalo de 3-6 meses.
- AST/TGO, ALT/TGP e Creatinina. **Periodicidade:** a cada seis meses



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**SAFTEC**)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (**DASF**)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**COAFE**)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana:

CIMEB - Central de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40240-550

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 07h 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: 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)

M03.2: outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte.

M03.6: artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.

M02.1: artropatia pós- desintérica.

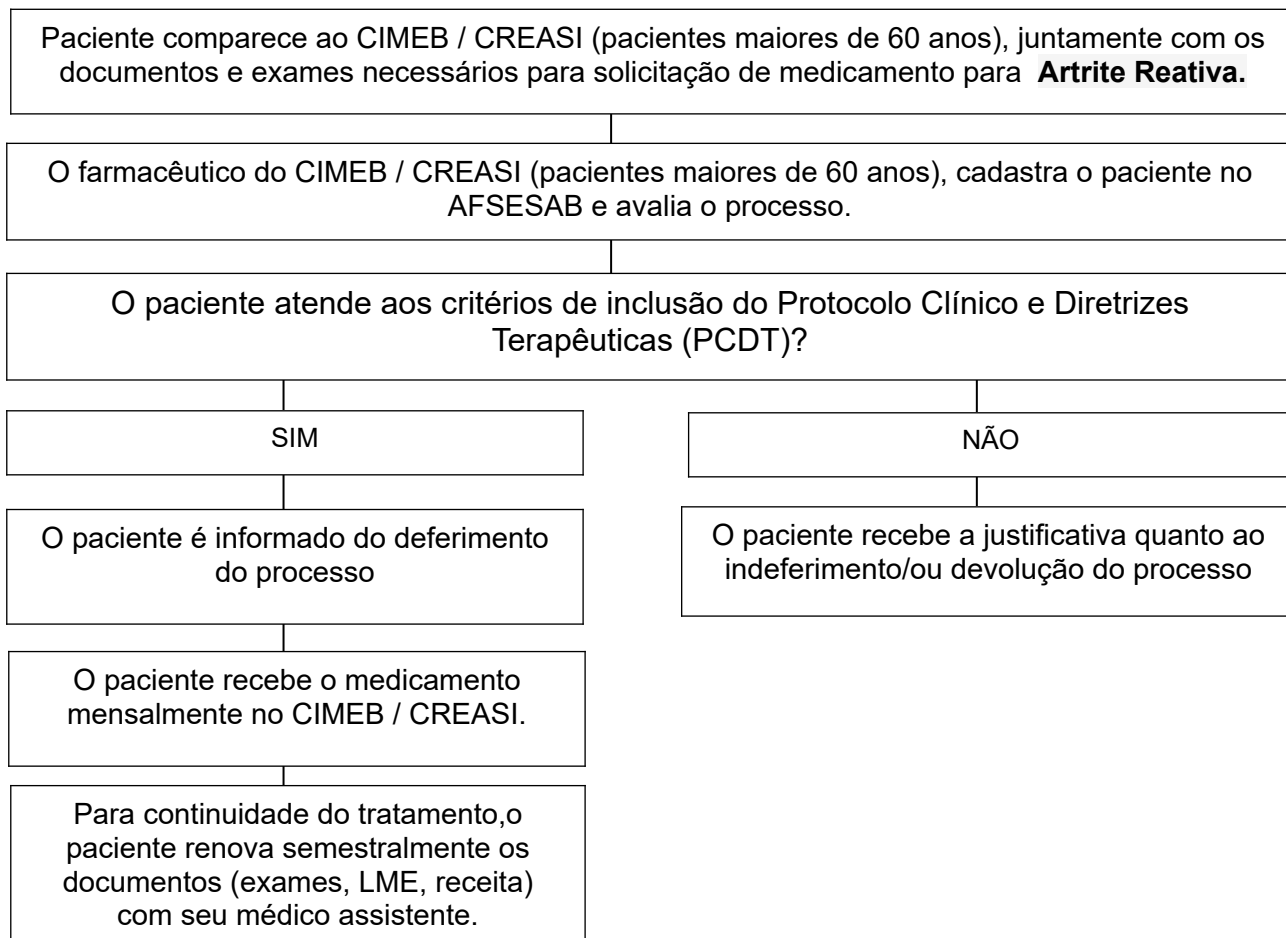
M02.3: doença de Reiter

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

1. Pacientes maiores de 60 anos residentes em Salvador e em uso exclusivo de medicamentos orais, deverão ser cadastrados no Creasi.
2. Assim que completados 60 anos de idade, os pacientes já cadastrados no CIMEB e em uso exclusivo de medicamentos orais, deverão ser transferidos para o Creasi.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



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

