

## ABATACEPTE

### Artrite Reumatoide

Portaria Conjunta nº15, de 11 de dezembro de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)  
125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

#### CIDs contemplados

- Abatacepte 125 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
- Abatacepte 250 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0

#### Quantidade máxima mensal:

##### - Para dispensação:

##### Utilização por via intravenosa:

- Pacientes com menos de 60 kg: 500 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.
- Pacientes com 60 a 100 kg: 750 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.
- Pacientes com mais de 100 kg: 1.000 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.

Crianças a partir dos 6 anos:

< 75 kg: iniciar com 10 mg/kg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2 e 4, e após, manter a mesma dose a cada mês.

75 – 100 kg: iniciar com 750 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.

>100 kg: iniciar com 1.000 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e, após, manter com a mesma dose a cada mês.

##### Utilização por via subcutânea (em adultos > 18 anos):

125 mg a cada semana. Dosagem de 4 vezes ao mês.

- **Para faturamento (SIGTAP):** 125 mg: 4 frascos-ampola; 250 mg: 5 frascos-ampola

**Grupo de financiamento:** 1A

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Critérios de custo-minimização para escolha de medicamentos MMCD biológicos: [Nota Técnica CAF nº 04, de 23 de julho de 2018.](#)

ABATACEPTE – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 23/07/2018)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. [Relatório médico específico para Artrite Reumatoide – modelo padrão SES/SP.](#)
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
5. Cópia dos exames:
  - VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
  - Laudo/relatório médico da Radiografia, ultrassonografia ou Ressonância Magnética de áreas acometidas;
  - Fator reumatóide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico);
  - Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.
  - Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B);
  - Sorologia - Anti-HCV (Anti-Vírus da Hepatite C);
  - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
    - Laudo/relatório médico da Radiografia de tórax;
    - [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\).](#)

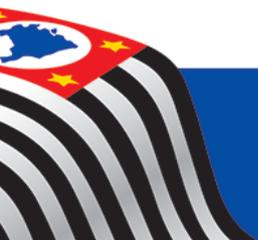
ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

### Renovação da Continuidade

Para pacientes em uso de abatacepte:

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 (trimestralmente).

ABATACEPTE – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 23/07/2018)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

3. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

Para pacientes novos – pacientes que iniciarão a etapa 2 (início do tratamento com MMCD biológico) e a etapa 3 (mudança de tratamento com MMCD biológico) da estratégia terapêutica (que não estavam em uso de abatacepte):

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 (trimestralmente).

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

3. [Relatório médico específico para Artrite Reumatoide – modelo padrão SES/SP.](#)

4. 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 a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, 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;

II – Número de telefone do representante.

